

## Indholdsfortegnelse

Kommentarer fra Dansk Lunge Cancer Gruppens styregruppe.....	2
Forord.....	4
Baggrund.....	5
Aktuelle rapport .....	5
Metode. ....	6
Definitioner.....	7
Overordnede resultater.....	8
Patient materialet: .....	8
Overlevelse. ....	11
Udredende afdelinger:.....	16
Kirurgiske afdelinger: .....	26
Onkologiske resultater .....	31
Supplerende resultater.....	31
Referencer .....	35
Bilag A – Tilsluttede afdelinger.....	36
Bilag B – DK populationen.....	37

## Kommentarer fra Dansk Lunge Cancer Gruppens styregruppe.

Dansk Lunge Cancer Gruppe fremsender hermed Årsrapport 2001 fra Dansk Lunge Cancer Register. Rapporten er udarbejdet af projektleder Erik Jakobsen og sekretær Charlotte Rasmussen.

Registeret har i år 2001 optaget 2651 patienter omfattende kliniske data på næsten 2200 patienter og oplysninger på 500 patienter fra Sundhedsstyrelsens cancerregister. Den betydelige stigning i indberetningsaktiviteten svarer til at ca. 80% af samtlige lungecancertilfælde er registreret, et resultat fra dette andet registreringsår som vi er meget glade for og stolte over. En næsten komplet indberetning forventes for 2002, idet alle amter da indberetter til Registeret.

En teknisk omlægning af Registeret har skabt mulighed for at foretage en hurtig justering af indberetningsskemaerne, ligesom det har tilladt udvikling af en særdeles funktionel brugerflade. Det er hensigten at fortsætte denne udvikling af Registeret bl.a. efter ønsker fra brugerne på såvel den indholdsmæssige som tekniske side.

I det følgende vil en række af de vigtigste **indikatorer** for behandlingskvalitet og patientforløb blive omtalt. Det skal indledningsvis understreges, at **validiteten** af de indberettede data ikke er undersøgt. Der vil snarest blive gennemført validitetsprojekter, som kan beskrive datakvaliteten. Et andet forhold af betydning er, at den korte **observationstid** begrænser muligheden for at vurdere en række vigtige parametre.

Såvel DLCCG som Den Nationale Kræftstyregruppe har som mål så hurtigt som muligt at sikre en **5-års overlevelse** på 10% for samtlige patienter med lungecancer. Indenfor relativt kort tid forventes det at der kan udarbejdes et estimat, som beskriver den aktuelle 5-års overlevelse.

De hyppigste **symptomer** er hoste og åndenød, men der går ca. 2 måneder fra patienten har bemærket disse symptomer til første kontakt hos egen læge. Fra denne dato går der gennemsnitligt 4 uger indtil henvisning er modtaget i udredende afdeling og gennemsnitligt 3 uger efter indkaldes patienten. Der er en betydelig spredning på disse tal (**ventetider**), hvilket fremgår af opgørelsen side 23 sammenholdt med definitionerne på side 5.

Forudsætningerne for at patientforløbet kan optages i Registeret er nært knyttet til, at specielt udredningsforløbet har fulgt rekommandationerne som anført i **Referenceprogrammet**.

Ca. 1/3 af de patienter, som får påvist lungecancer, klassificeres klinisk som værende i stadium I og II og dermed med sygdom i et potentielt **operabelt stadie**. Det fremgår ikke af rapportens data, men det kan oplyses, at mere end halvdelen af de opererede patienter er over 70 år, og **alder** alene er således ikke årsag til at patienterne ikke tilbydes operation.

Næsten 500 patienter blev **opereret med kurativt sigte**, og dette svarer til næsten 20% af de patienter, som får påvist ikke-småcellet lungecancer. Ca. 75% af patienterne opereres indenfor 2 uger efter at henvisning fra den udredende afdeling er modtaget.

En betydelig del af patienterne henvises til **onkologisk behandling**, idet ca. 1/3 klassificeres i henhold til den kliniske TNM-klassifikation som havende stadium III sygdom, ligesom 1/3 af patienterne har metastaserende sygdom på diagnosetidspunktet, dvs. stadium IV-sygdom.

Som ovenfor anført forventes det at registreringerne for dette år også kan beskrive patientforløbet i de onkologiske afdelinger.

En forbedring af 5-års overlevelsen forudsætter at **diagnosen stilles tidligere**, således at flere kan tilbydes operation. Forudsætningen herfor er, at patienterne tidligere henvises fra egen læge samt udredes og behandles hurtigt.

DLCG søger derfor at **styrke samarbejdet** med kollegerne fra primærsektoren bl.a. gennem oplysning. I samarbejde med Dansk Selskab for almen medicin udsendte DLCG i juni 2002 en orientering til samtlige landets praktiserende læger med speciel opmærksomhed på de symptomer, som skal foranledige henvisning til røntgenundersøgelse eller anden udredning på mistanke om lungecancer.

Om kort tid udsendes **afdelingsrapporterne** til de indberettende afdelinger, og med ovenstående forbehold specielt vedrørende datavaliditeten er det muligt at sammenholde egne resultater med landsresultaterne. Det forventes, at oplysningerne fra afdelingsrapporterne afspejler indtrykkene fra den kliniske hverdag. Afdelingsrapporten kan bl.a. tjene til dokumentation og kvalitetssikring, og med en løbende registrering er det muligt for den enkelte afdeling eller region at dokumentere en kvalitetsudvikling.

Dansk Lunge Cancer Gruppe har besluttet, at registreringen for år 2002 skal danne **reference-ramme** i forhold til kommende interventionsprojekter. I relation hertil er det særdeles vigtigt at registreringen for indeværende år bliver så komplet og valid som muligt.

**Årsrapporten for 2002** vil blive udarbejdet i foråret 2003 og udsendt således den kan danne baggrund for næste årsmøde den 11. juni. Afdelingsrapporterne vil blive udsendt kort efter årsmødet.

På Styregruppens vegne og  
med venlig hilsen

Torben Palshof  
Formand for DLCG

## Forord

Dansk Lunge Cancer Register (DLCR) offentliggør hermed registerets anden årsrapport. Rapporten er diskuteret på DLCG's styregruppemøde d. 30. maj og efterfølgende gennemgået af DLCR's forretningsudvalg. Styregruppens kommentar til årsrapportens indhold vedlægges rapporten. Rapportens hovedkonklusioner og data er præsenteret på Dansk Lunge Cancer Gruppens (DLCG) årsmøde d. 6. juni 2002

Siden DLCR i december 2001 udsendte den første årsrapport, der vedrørte 2000, er registerets registreringsprogram blevet overflyttet til en ny platform – DLCR II, udviklet af DLCR's leverandør CSC Scandihealth A/S. Alle data fra den gamle platform – DLCR I - er blevet konverteret til DLCR II, og det er med baggrund i disse data, at årsrapporten er udarbejdet. Dette er sket i samarbejde med DLCR's faste samarbejdspartner Langtved Data A/S. Årsrapporten 2001 er i princippet opbygget fuldstændig som 2000 rapporten, idet det samme program er anvendt i de 2 rapporter, og som rapporten fremstår i dag skal den således stadig opfattes, som den minimums rapportskabelon som fremtidige årsrapporter vil bygge på. DLCR er indgået i et samarbejde med det regionale center for kliniske kvalitetsdatabaser på OUH, Langtved Data A/S, CSC Scandihealth A/S og Enhed for Klinisk Kvalitet i H:S omkring udvikling af fremtidige årsrapporter, herunder udvikling af online interaktive rapportmoduler.

Rapporten bygger på data fra indrapporteringer fra de tilmeldte afdelinger og samkørsel med Cancerregisteret. Indrapporteringerne vedrører alle patienter med diagnosen lungecancer og en 1. henvisningsdato i perioden 01.01.2001 til 31.12.2001. Samkørslen med Cancerregisteret vedrører patienter registreret første gang i cancerregisteret i samme periode.

Rapporten udsendes til deltagende afdelinger, afdelingsledelser, sygehusledelser og andre samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet. Rapporten vil desuden blive offentliggjort på DLCR's hjemmeside [www.lungecancer.dk](http://www.lungecancer.dk).

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

Dansk Lunge Cancer Register  
Erik Jakobsen  
Projektleder  
Maj 2002

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

## Baggrund

I Cancerregisterets seneste publikation fra 2002 (1) anføres, at der i 1998 blev registreret 1942 nye tilfælde af lungecancer hos mænd og 1422 hos kvinder samlet således 3364. Lungecancer er således fortsat den hyppigst alvorlige kræftsygdom hos mænd og den 3. hyppigste hos kvinder. Hos mænd synes forekomsten af nye tilfælde at have toppet, mens hyppigheden hos kvinder, efter en periode med tiltagende antal, synes at være stagnerende. I en analyse foretaget af Den Nordiske Cancer Union og offentliggjort i 1995 (2) fremgår det af overlevelseshistorier, at prognosen i Danmark synes ringere sammenlignet med de øvrige nordiske lande, idet 5 års overlevelsen var ca. 5% i Danmark. Opfølgende opgørelser over overlevelsen for lungecancer i Danmark tyder ikke på en radikal ændring i dette forhold, dog kan spores en svag stigning, idet 5 års overlevelsen i 1997 var 7%. I den Nationale Kræftplan og i en publikation fra Cancerregisteret fra Ugeskrift for Læger findes de senest offentliggjorte overlevelseshistorier (1,4). De epidemiologiske forhold er desuden diskuteret i Referenceprogrammet for behandling af lungecancer udarbejdet af DLCCG (5).

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 1992-2001.

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](http://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 2. årsrapport og vedrører året 2001. Indrapporteringerne vedrører alle patienter med diagnosen lungecancer og en 1. henvisningsdato i perioden 01.01.2001 til 31.12.2001.

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 2002.

## Metode.

Data er indsamlet fra de 55 tilsluttede afdelinger. Det drejer sig om 5 thoraxkirurgiske, 33 medicinske, 8 øre-næse-hals afdelinger, 2 parenkymkirurgiske og 7 onkologiske. 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. 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 2001. 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 2001 er der langt overvejende 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 2001 er anmeldt til registeret med diagnosen Neoplasma malignum pulm. – C34.x. Alle, der opfylder dette kriterium, er derefter optaget i DLCR populationen vedrørende år 2001. Patienter registreres i Cancerregisteret efter datoen for deres primære kodning, hvilket betyder, at DLCR i det første år fik en del patienter optaget fra Cancerregisteret, som jvn.f. DLCR’s inklusionskriterier egentlig tilhørte 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 i 2000 årsrapport var derfor for stor i forhold til den korrekte incidens af lungecancersygdommen. Denne ”fejl” er nu elimineret i dette års rapport, men først når samkøringen med Cancerregisteret bygger på hovedkodningen er der max. validitet på disse oplysninger. Dette forhold skal tages i betragtning ved bedømmelse af alle beregninger på baggrund af antal optagne f.eks. incidenser og amtsfordelinger. Det må dog formodes, at de patienter, der aktuelt mangler fra cancerregisteret, fordeler sig jævnt over landet og man kan derfor begynde at fæste lid til opgørelser over forskelle mellem amter. 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.

Der er i denne rapport kun foretaget få sammenlignende statistiske beregninger pga. de store usikkerheder der knytter sig til årsrapporten vedr. 2000 jvn.f. denne. Således er der ikke foretaget forsøg på sammenligninger af indikatorer som f.eks. overlevelse, og materialet er ikke aktuelt beskrevet vha. prognostiske faktorer. Ligeledes er samtlige opgørelser ikke aldersstandardiseret. Nærværende rapport er således stadig en forholdsvis simpel optælling af aktiviteten og angivelse af enkelte resultater. Rapporten kan derfor aktuelt ikke anvendes til udtalelser om sammenligninger af kvaliteten mellem de enkelte afdelingers/amters behandling. Den statistiske bearbejdning og sammenligning vil 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 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](http://www.NIP.dk)), eller på DLCR’s hjemmeside [www.lungecancer.dk](http://www.lungecancer.dk) .

## **Definitioner.**

Diagnose tidspunktet: 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

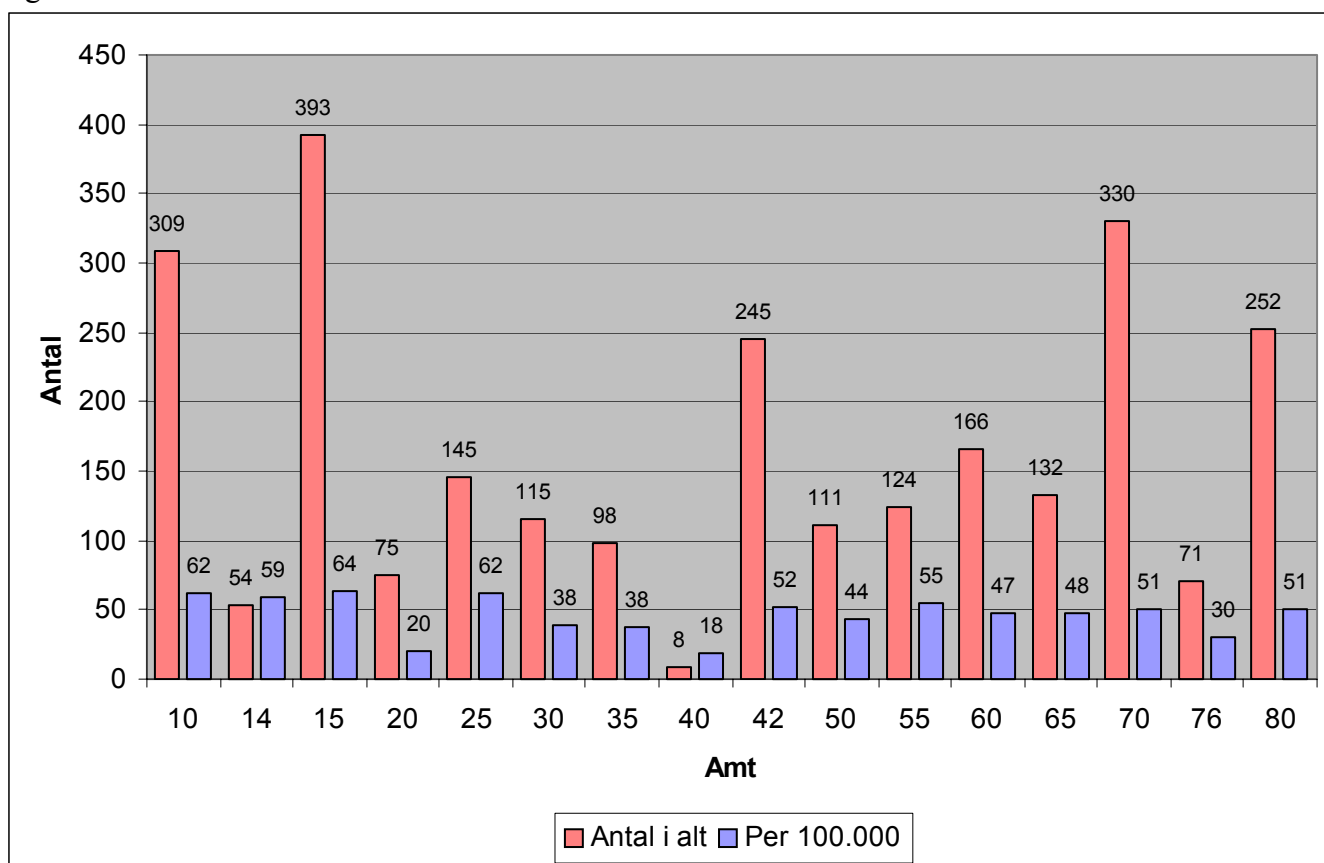
### Patient materialet:

#### Incidens, alder og kønsfordelinger

Der er i perioden i alt optaget 2651 patienter i registeret. Heraf er der fra de deltagende afdelinger indberettet kliniske data på 2157 patienter. På de øvrige 494 patienter stammer data fra Sundhedsstyrelsens Cancerregister. Der er optaget 1513 mænd (57%) og 1138 kvinder (43%).

De optagne patienter 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:

Fig. 1:



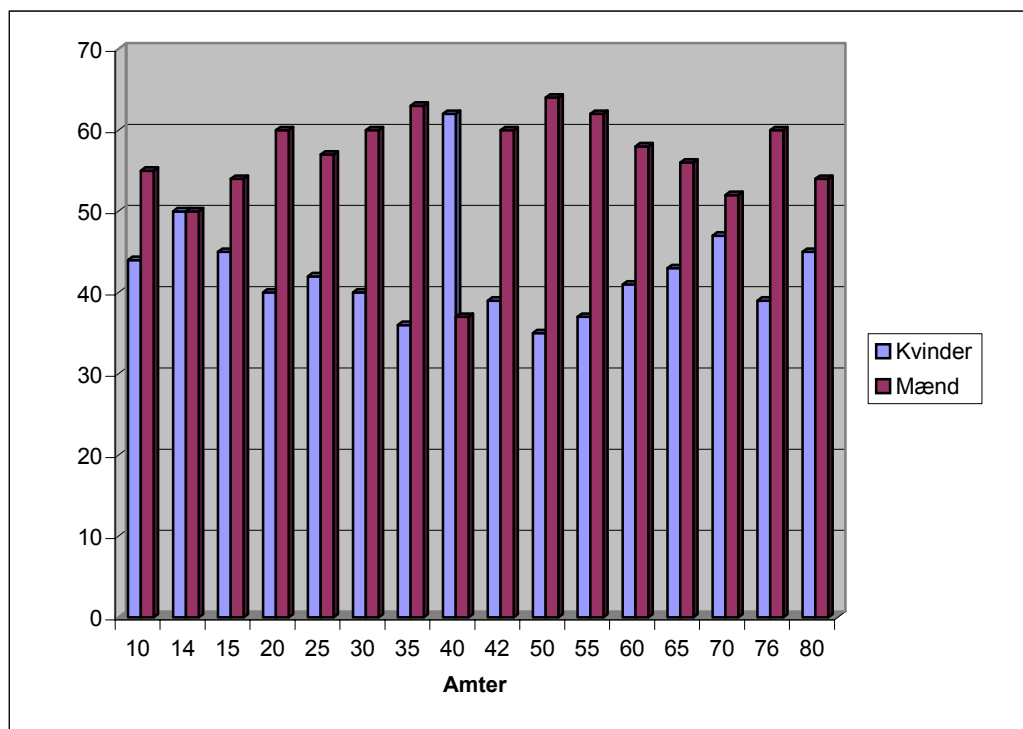
Incidensraterne varierer en del mellem de enkelte amter. Dette kan bl.a. skyldes forskelle i indberetningsmønstret, samt den omtalte forsinkelse af cancerregisterets hovedkodning.

Patienternes mediane alder er 69 år (range 22 - 94, 95% percentil: 49 og 83). Mændenes mediane alder er 69 år (range 26 - 92, 95% percentil: 49 og 83) og kvindernes 68 år (range 22 - 94, 95% percentil: 49 og 83).



På amtsbasis fordeler de optagne patienter på køn sig således:

Fig. 2:



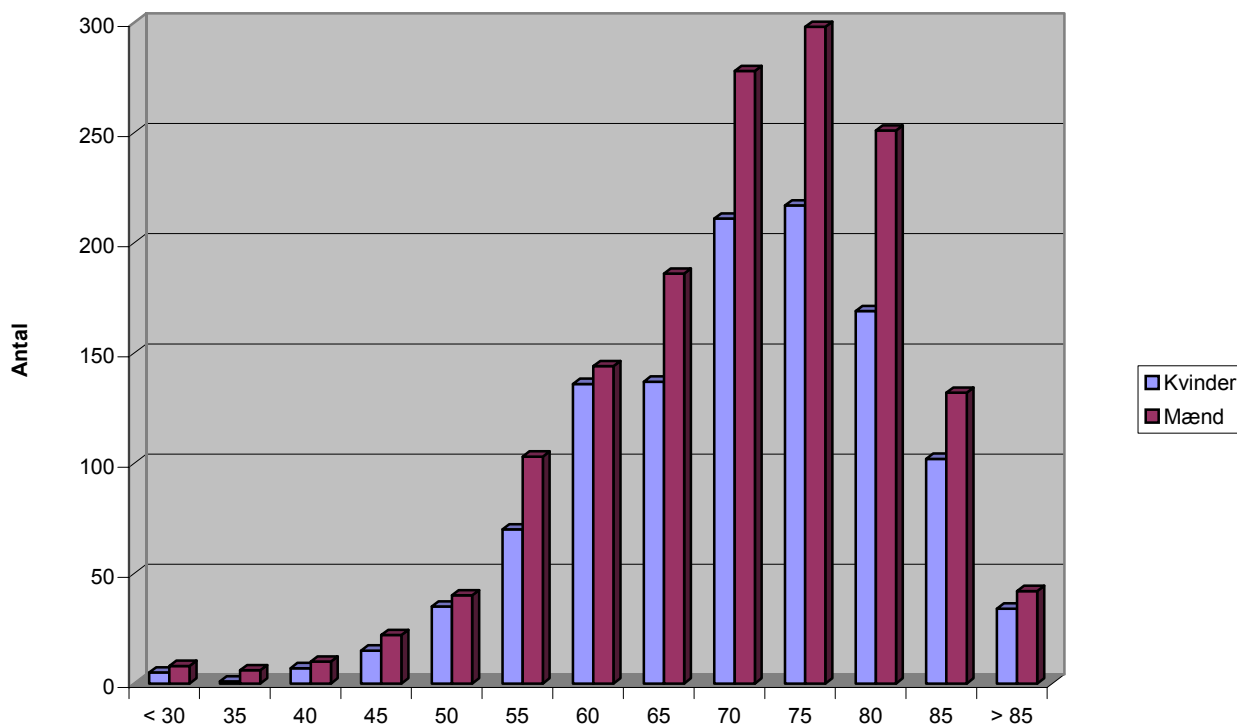
I tabelformat fordeler data på optagne patienter sig således (tabel 1):

AMTNR	Indbyggere	Lungecancer i alt	Incidens	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd
10	500.531	309	61,73	136	173	44	55
14	91.322	54	59,13	27	27	50	50
15	617.336	393	63,66	178	215	45	54
20	370.555	75	20,24	30	45	40	60
25	234.820	145	61,75	61	84	42	57
30	298.731	115	38,50	46	69	40	60
35	260.498	98	37,62	36	62	36	63
40	44.197	8	18,10	5	3	62	37
42	472.504	245	51,85	96	149	39	60
50	253.166	111	43,84	39	72	35	64
55	224.444	124	55,25	47	77	37	62
60	351.328	166	47,25	69	97	41	58
65	274.385	132	48,11	58	74	43	56
70	644.666	330	51,19	158	172	48	52
76	234.323	71	30,30	28	43	39	60
80	495.548	252	50,85	115	137	45	54
		2628		1129	1499		

Incidens per 100.000 – ustandardiseret.

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

Fig. 3:



Der er i perioden i alt optaget 2651 patienter i registeret. Heraf er der fra de deltagende afdelinger indberettet kliniske data på 2157 patienter. På de øvrige 494 patienter stammer data fra Sundhedsstyrelsens Cancerregister. Der er optaget 1513 mænd (57%) og 1138 kvinder (43%).

De indberettede medicinske, øre-næse-hals og lungemedicinske afdelinger har gennemsnitlig indberettet 66 patienter, median 27 (range 2 - 367). I alt er indberettet 1901 fra disse afdelinger.

De kirurgiske og thoraxkirurgiske afdelinger har gennemsnitlig indberettet 77 patienter, median 66 (range 32 - 132). I alt er indberettet 463 fra disse afdelinger

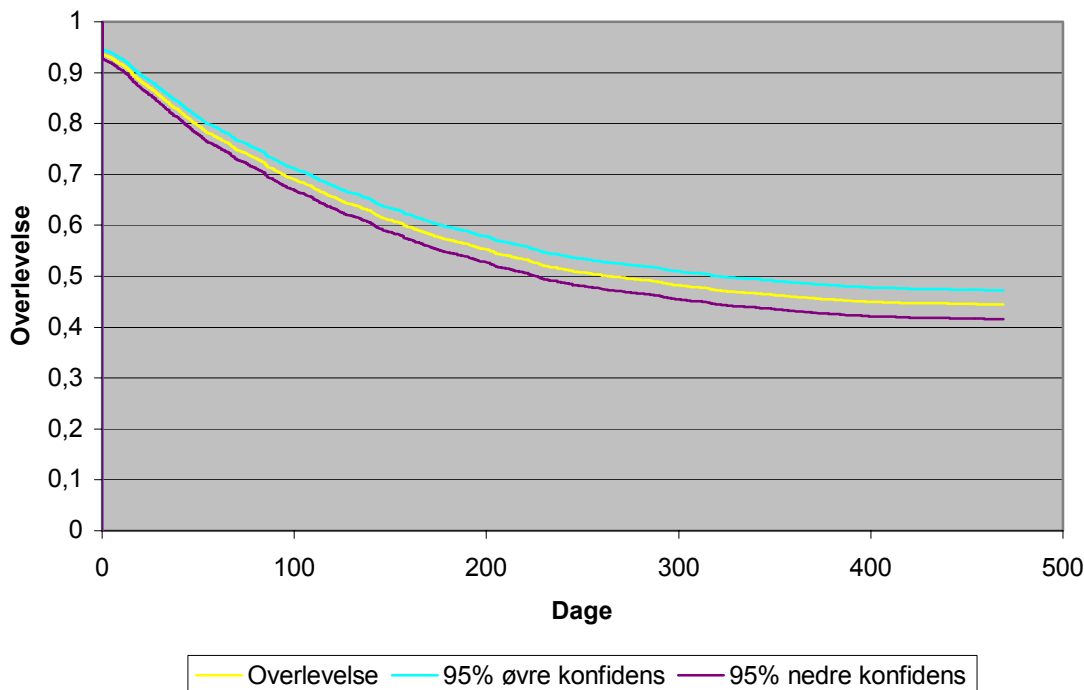
De onkologiske afdelinger har gennemsnitlig indberettet 57 patienter, median 42 (range 12 - 118). I alt er indberettet 172 fra disse afdelinger

Ovennævnte tal er opgjort per 17. april 2002

## Overlevelse.

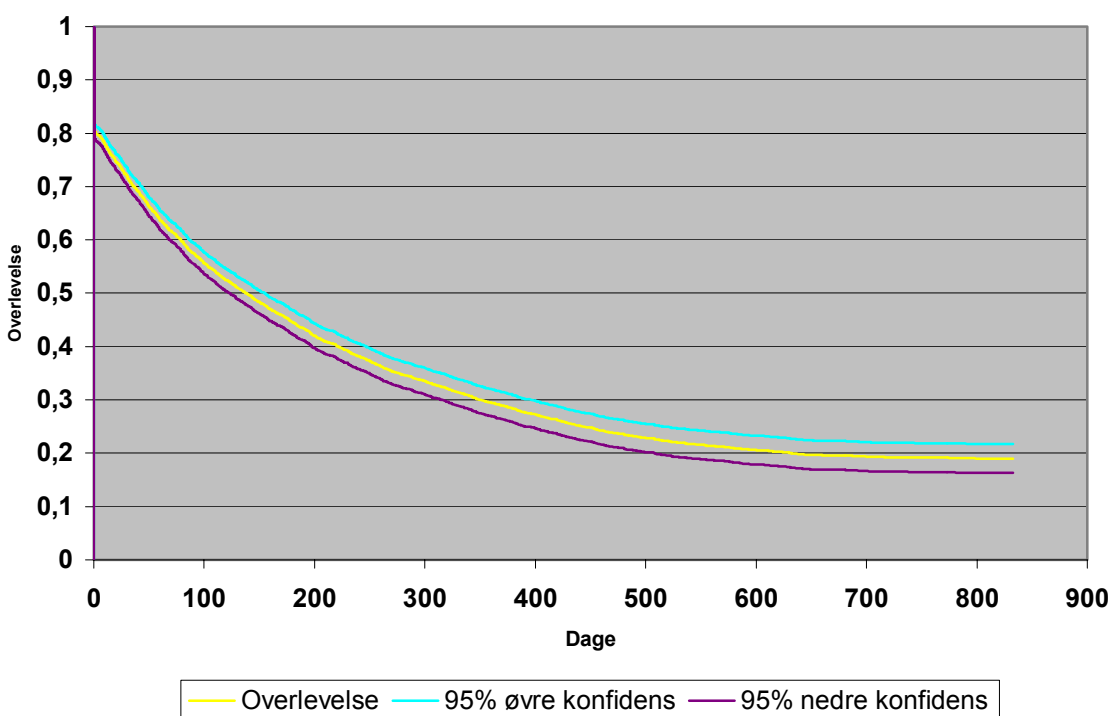
Den samlede overlevelse for hele den optagne population angives på følgende Kaplan Meier kurver. Den minimale observationsperiode er 105 dage. Estimeret overlevelse efter 1 år er 46%:

Fig. 4:



Tilsvarende for patienter optaget i registeret i 2000, hvor observationsperioden nu er 470 dage og 1 års overlevelsen er 29% og den estimerede 2 års overlevelse 19%. Vedrørende data for 2000 henvises generelt til kommentarer i årsrapport 2000.

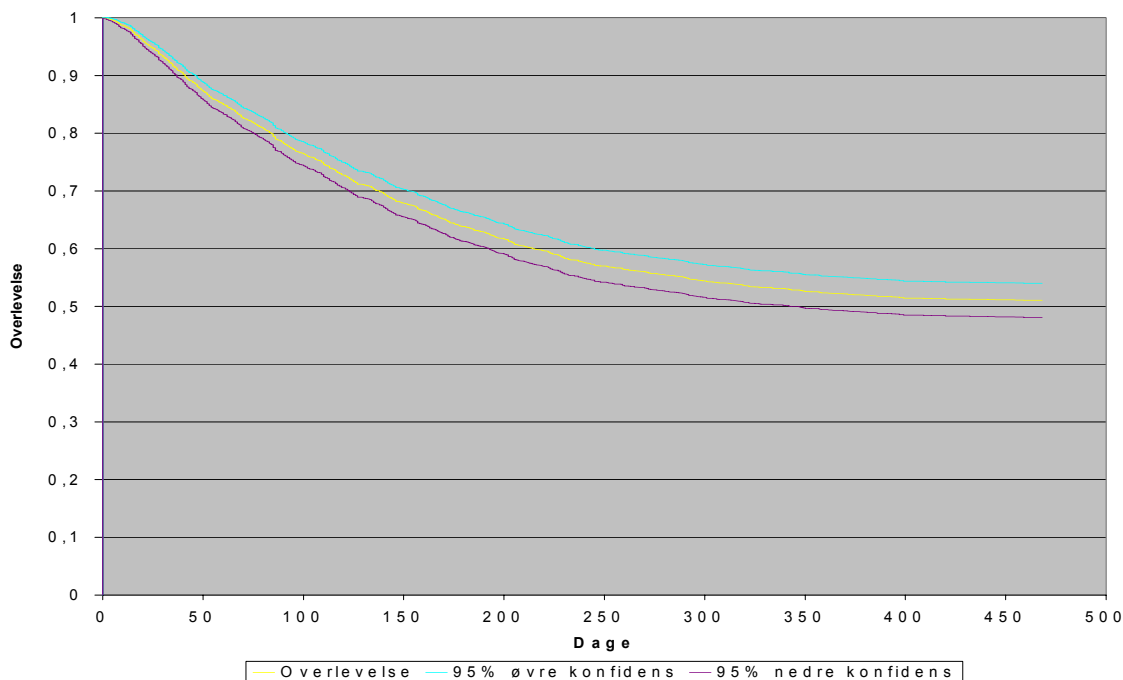
Fig. 5:



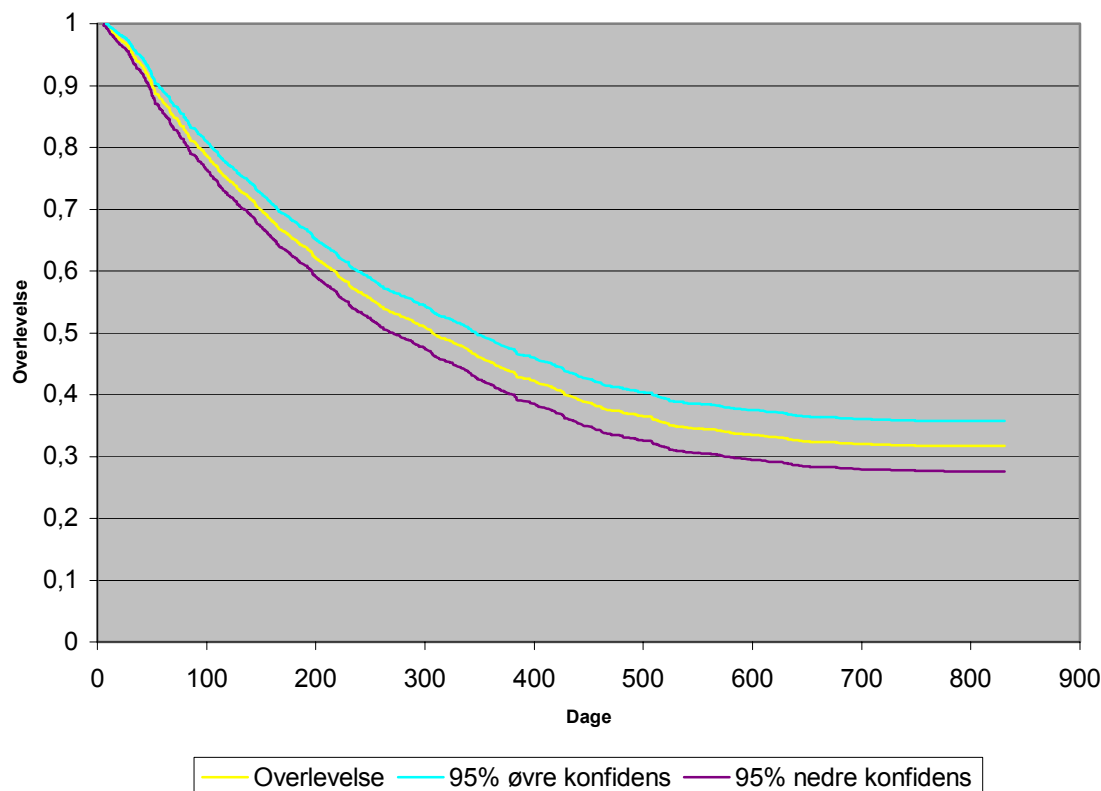
De to overlevelseskurver for antal optagne i registeret indeholder patienter fra cancer registeret. En del af disse patienter er registreret efter deres dødsdato, hvilket betinger kurvernes initiale fald, da levetiden her er sat til 0.

Den samlede overlevelse for alle indberettede fra de kliniske afdelinger angives på følgende Kaplan Meier kurver. Den minimale observationsperiode er 105 dage. Estimeret overlevelse efter 1 år er 52%, hvilket er noget højere end for populationen ”optagne”, hvilket igen er forventeligt, da sidstnævnte population indeholder patienter, der umiddelbart bedømmes ikke at skulle tilbydes udredning og behandling:

Fig. 6:

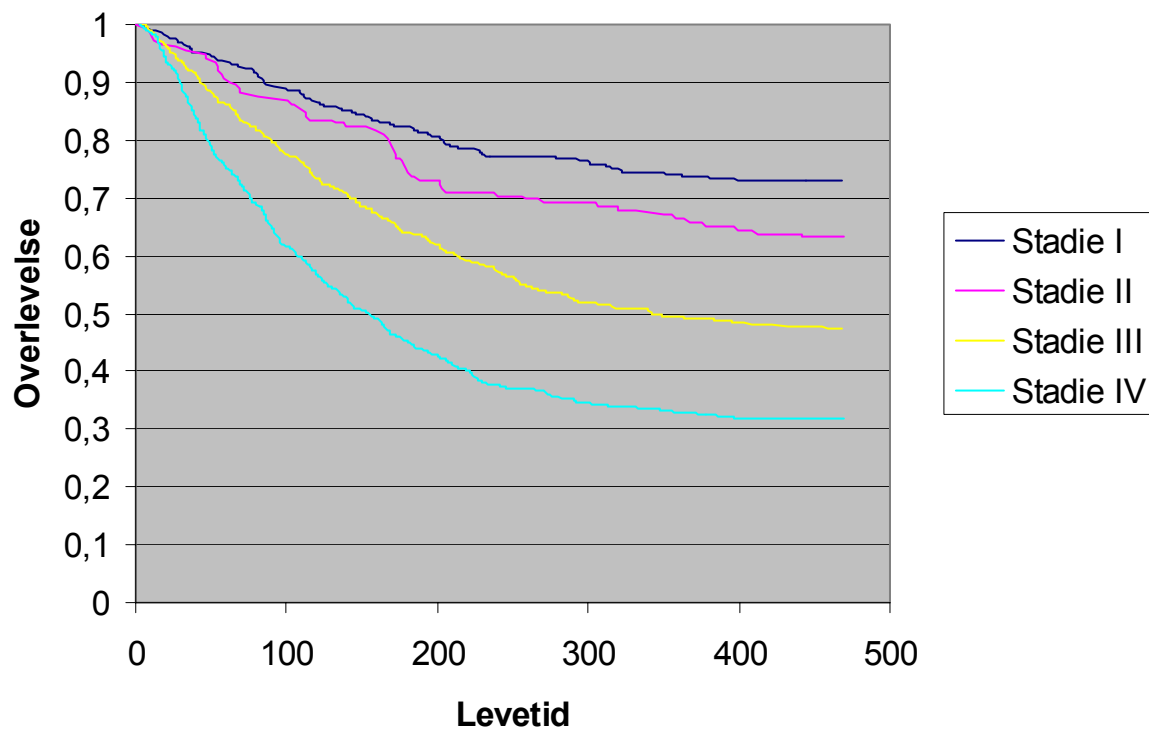


De tilsvarende tal for år 2000 indberettede er en 1 års overlevelse på 45% og en estimeret 2 års overlevelse på 31%, hvilket igen er højere end de tilsvarende tal for de optagne jvn.f. fig 7:



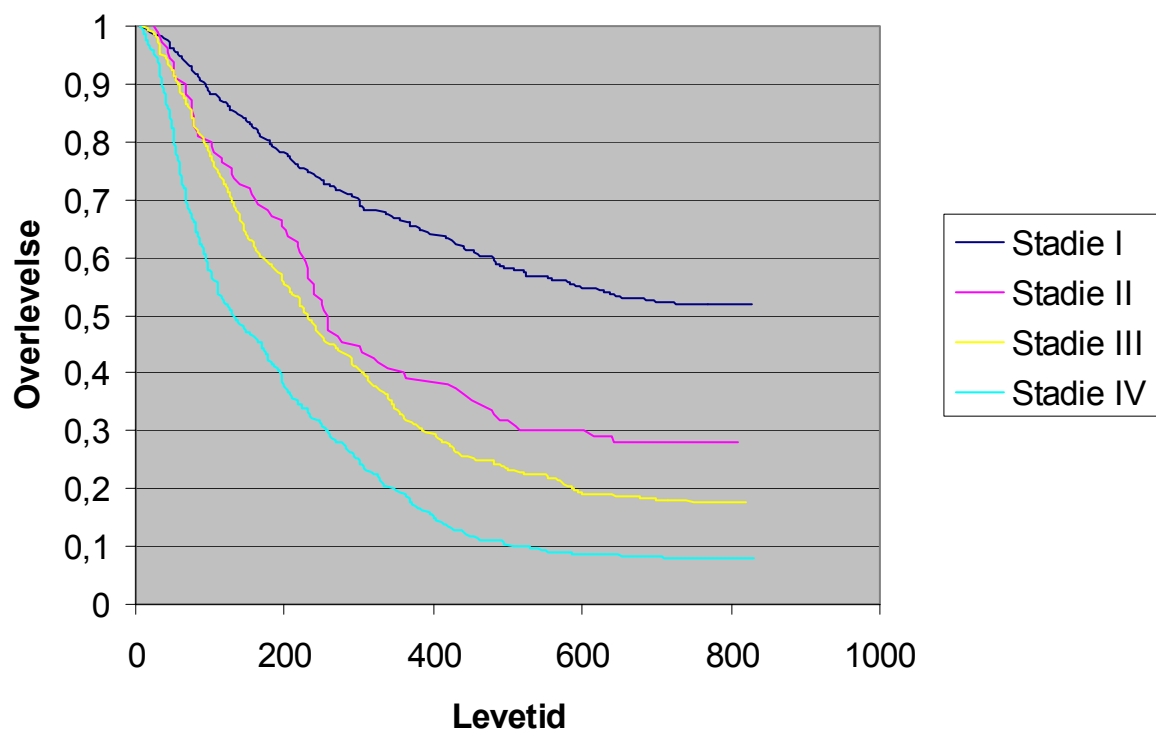
Overlevelses estimat for de indberettede patienter i 2001 fordelt på stadierne I - IV

Fig. 8:



og tilsvarende for patienterne indberettet i år 2000:

Fig. 9:



For 2001 patienterne er den minimale observationstid som anført 105 dage og den estimerede 1 års overlevelse er for de enkelte stadier anført i tabellen med tilsvarende tal fra årsrapport 2000 til sammenligning. Nedre og øvre 95% sikkerhedsgrænser i parentes. (Tabel 2A):

Stadie	Estimeret 1 års overlevelse 2001	Estimeret 1 års overlevelse 2000
I	74 (69 – 80)	68
II	66 (57 – 76)	43
III	49 (44 – 55)	35
IV	33 (27 – 39)	20

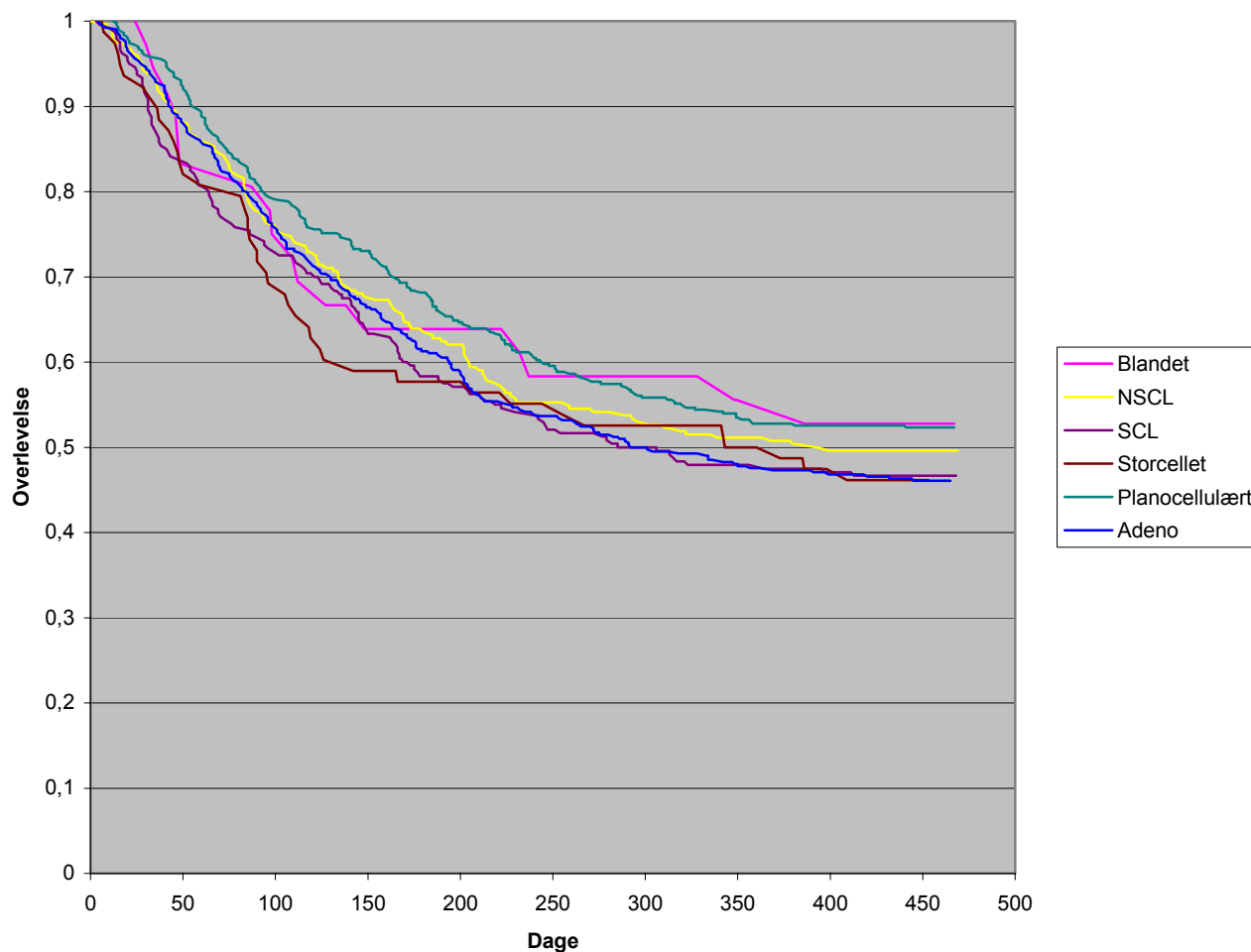
For patienterne indberettet i år 2000 er der nu en minimal observationstid på 470 dage den observerede 1 års overlevelse for de enkelte stadier og den estimerede 2 års overlevelse er anført i tabellen (Tabel 2B):

Stadie	Observeret 1 års overlevelse 2000	Estimeret 2 års overlevelse 2000
I	66 ( 61 – 72)	52 (46 – 59)
II	39 (25 – 54)	28 (12 – 44)
III	32 (23 – 40)	18 ( 9 – 27)
IV	19 (10 – 19)	8 (1 – 18)

Den minimale observationstid i 2000 årsrapporten var 282 dage, hvorfor estimatet stemmer ganske godt overens med den faktisk observerede overlevelse.

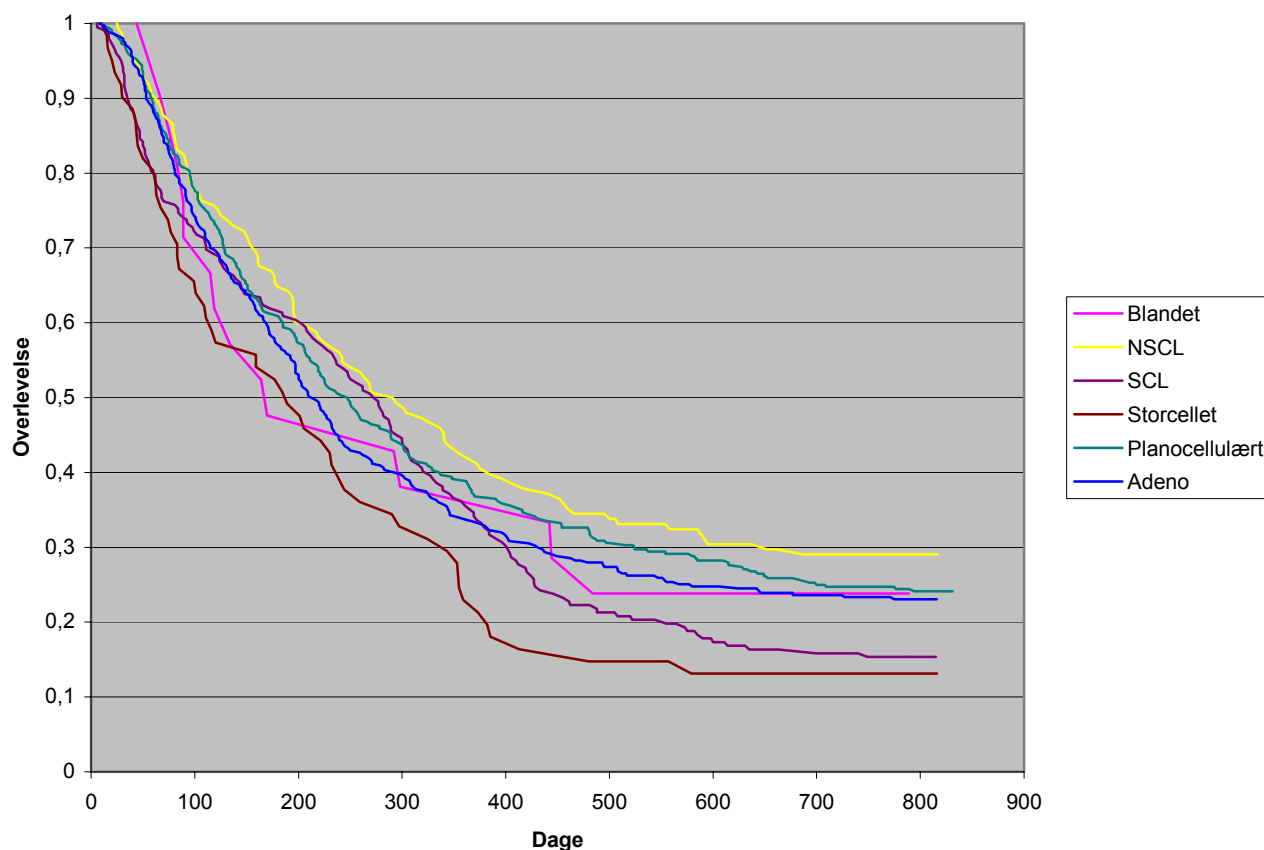
Overlevelses estimat for de indberettede patienter i 2001 efter celle-type:

Fig. 10:



og tilsvarende for 2000 populationen af indberettede:

Fig. 11:



Overlevelsen for 2001 patienterne er sammenlignet med forholdene i årsrapporten for 2000 uændrede, idet der ikke findes nogen synlig forskel mellem patologityperne, men når man ser på 2000 tallene opdateret begynder der at aftegne sig et billede af forskel mellem de enkelte grupper

Ved 1 års observation er der kun begyndende tegn til forskelle, der dog tilsyneladende bedømt ud fra den estimerede 2 års overlevelse vil blive klarere, idet den storcellede og den småcellede type måske vil have dårlige overlevelse

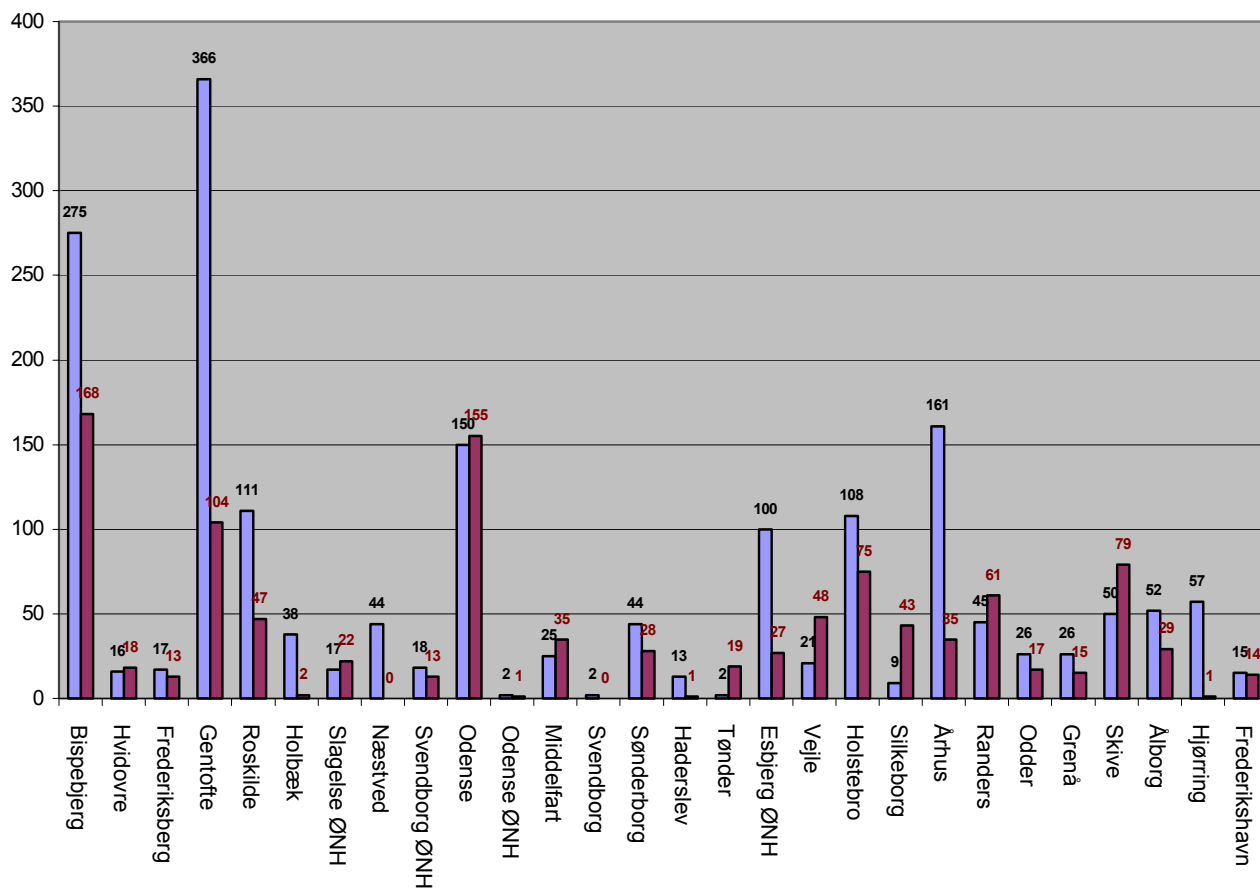
(Tabel 3):

Type	Observeret 1 år	Estimeret 2 år
Uoplyst	55 (45 – 64)	46 (25 – 56)
Blandet	35 (4 – 71)	23 (0 – 61)
NSCL	42 (30 – 54)	29 (15 – 43)
Andet	71 (57 – 85)	55 (38 – 73)
SCL	35 (24 – 46)	16 (3 – 28)
Storcellet	22 (1 – 45)	13 (0 – 36)
Planocellulære	39 (30 – 46)	25 (15 – 34)
Adeno	34 (25- 42)	23 (14 – 33)

## Udredende afdelinger:

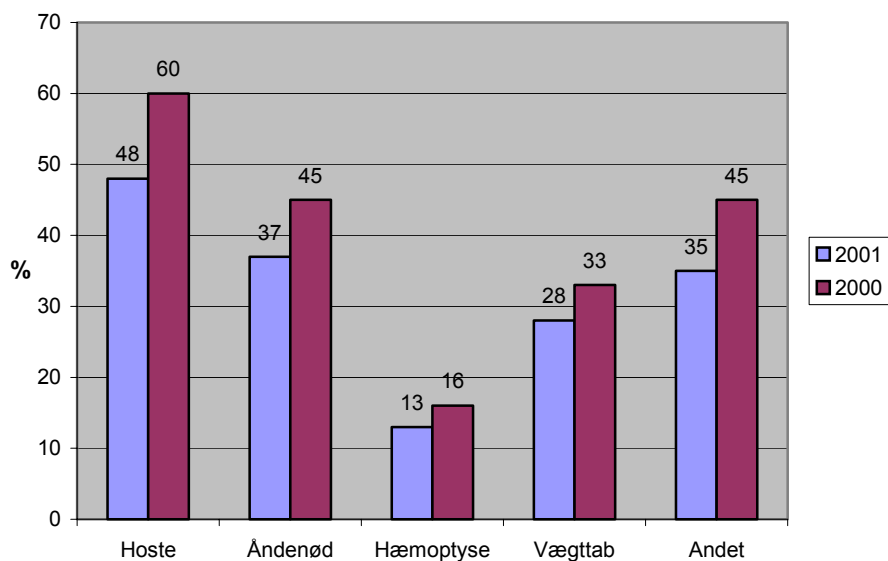
Udredningen af de indberettede lungecancer patienter foregår på 33 lungemedicinske, medicinske og øre-næse-hals afdelinger. Disse afdelinger registrerer forhold omkring henvisningsmønstret og ventetider. Afdelingerne har indberettet følgende antal patienter:

Fig 12:



Patienterne henvender sig hos egen læge med følgende symptomer:

Fig. 13:





Patienterne udredes med en lang række metoder, der anvendes i forskelligt omfang, således ses følgende forskelle mellem amterne – se side 16:

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

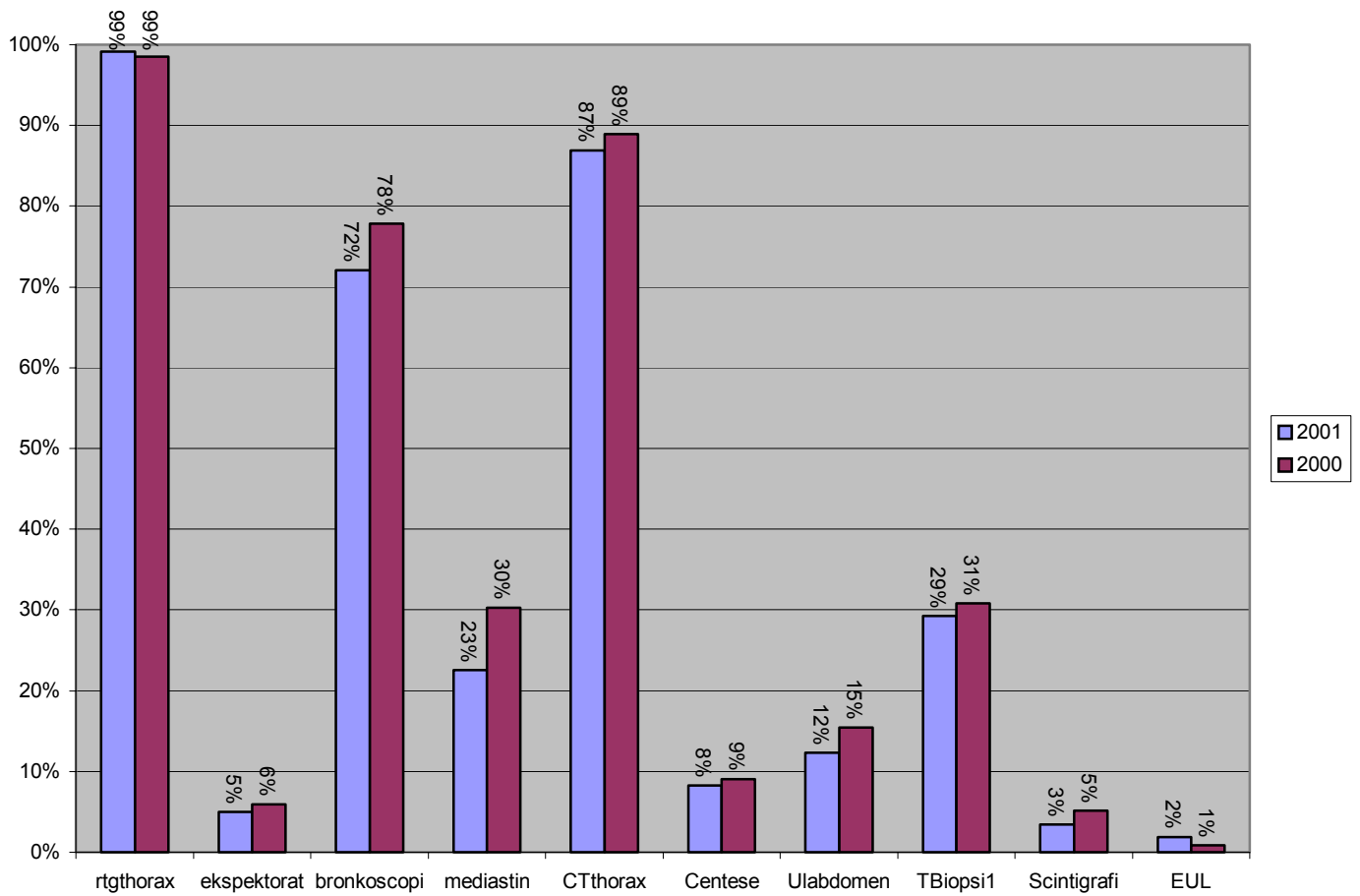
<b>AMTNR</b>	<b>Antal</b>	<b>Rtg thorax</b>	<b>Ekspektorat</b>	<b>Bronkoscopi</b>	<b>Mediastinoscopi</b>	
10	279	279	1	244	7	
14	50	50	0	39	0	
15	340	340	3	270	42	
20	6	6	0	5	2	
25	144	144	5	93	15	
30	63	63	3	49	4	
35	45	45	0	40	10	
40	1	1	0	1	0	
42	212	210	3	185	36	
50	68	65	15	28	19	
55	109	102	1	58	43	
60	20	15	0	12	12	
65	116	116	6	79	51	
70	289	289	13	177	126	
76	52	52	5	39	17	
80	149	149	42	81	54	
	1943	1926	97	1400	438	
<b>AMTNR</b>	<b>CT thorax</b>	<b>Centese</b>	<b>UL abdomen</b>	<b>Transtorakal biopsi</b>	<b>Scintigrafi</b>	<b>EUL</b>
10	234	15	19	92	5	2
14	40	3	2	16	1	
15	279	43	34	88	11	27
20	5	2	0	1	0	
25	126	12	21	24	2	1
30	49	4	7	12	1	1
35	32	2	5	18	1	
40	1	0	0	1		
42	192	20	24	32	9	4
50	68	5	8	35	0	
55	105	10	3	17	3	
60	20	0	2	8	2	
65	113	8	16	57	21	1
70	257	20	76	119	8	1
76	45	4	7	13	1	
80	122	13	16	36	2	
	438	1688	240	569	67	37

<b>AMTNR</b>	<b>Rtg thorax</b>	<b>Ekspektorat</b>	<b>Bronkoscopi</b>	<b>CT thorax</b>	<b>Mediastinoscopi</b>
10	100%	0%	87%	84%	3%
14	100%	0%	78%	80%	0%
15	100%	1%	79%	82%	12%
20	100%	0%	83%	83%	33%
25	100%	3%	65%	88%	10%
30	100%	5%	78%	78%	6%
35	100%	0%	89%	71%	22%
40	100%	0%	100%	100%	0%
42	99%	1%	87%	91%	17%
50	96%	22%	41%	100%	28%
55	94%	1%	53%	96%	39%
60	75%	0%	60%	100%	60%
65	100%	5%	68%	97%	44%
70	100%	4%	61%	89%	44%
76	100%	10%	75%	87%	33%
80	100%	28%	54%	82%	36%

<b>AMTNR</b>	<b>Centese</b>	<b>UL abdomen</b>	<b>Transtorakal biopsi</b>	<b>Scintigrafi</b>	<b>EUL</b>
10	5%	7%	33%	2%	0,7%
14	6%	4%	32%	2%	0,0%
15	13%	10%	26%	3%	7,9%
20	33%	0%	17%	0%	0,0%
25	8%	15%	17%	1%	0,7%
30	6%	11%	19%	2%	1,6%
35	4%	11%	40%	2%	0,0%
40	0%	0%	100%	0%	0,0%
42	9%	11%	15%	4%	1,9%
50	7%	12%	51%	0%	0,0%
55	9%	3%	16%	3%	0,0%
60	0%	10%	40%	10%	0,0%
65	7%	14%	49%	18%	0,9%
70	7%	26%	41%	3%	0,3%
76	8%	13%	25%	2%	0,0%
80	9%	11%	24%	1%	0,0%

Vist grafisk for hele landet:

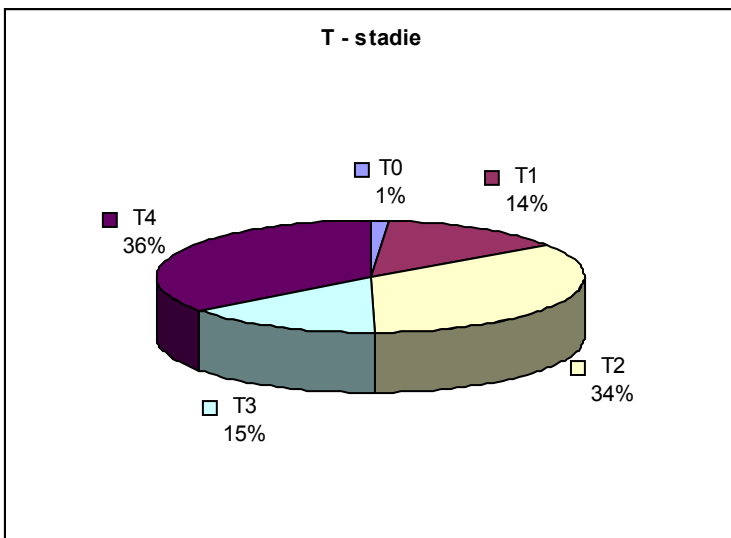
Fig 14:



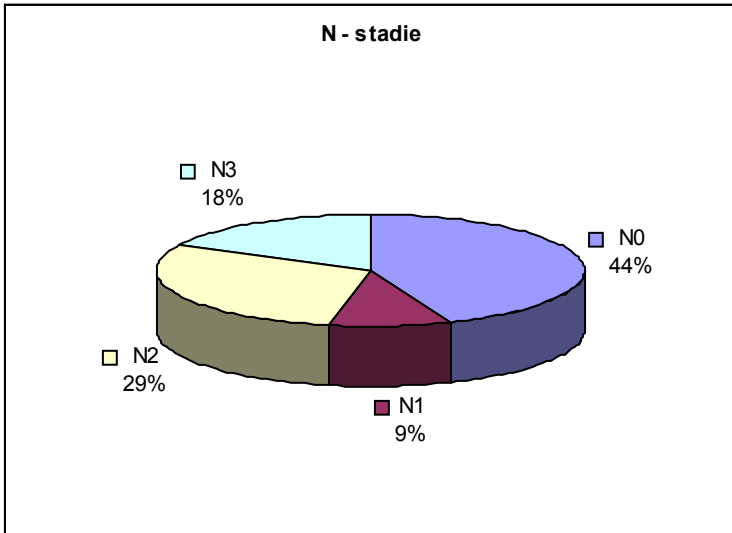
CT-skanninger giver grundlag for at vurdere c - TNM-klassifikation. På landsplan fordeler de CT-bedømte TNM-klassifikationer i % sig således:

Fig. 15:

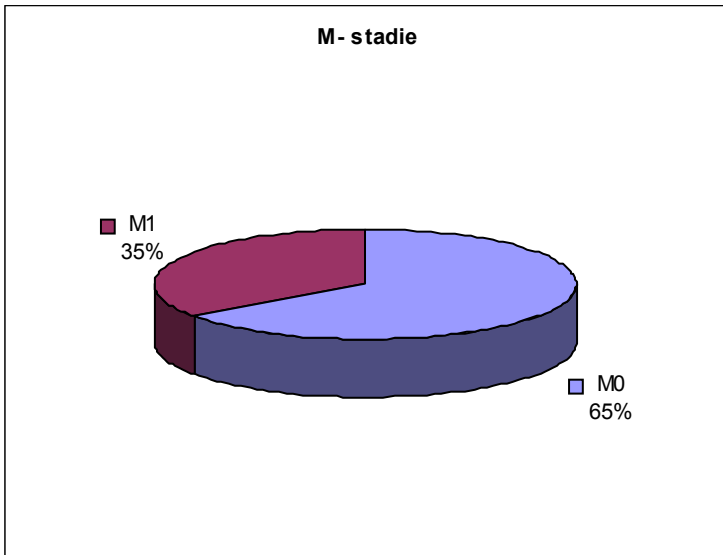
T:



N:



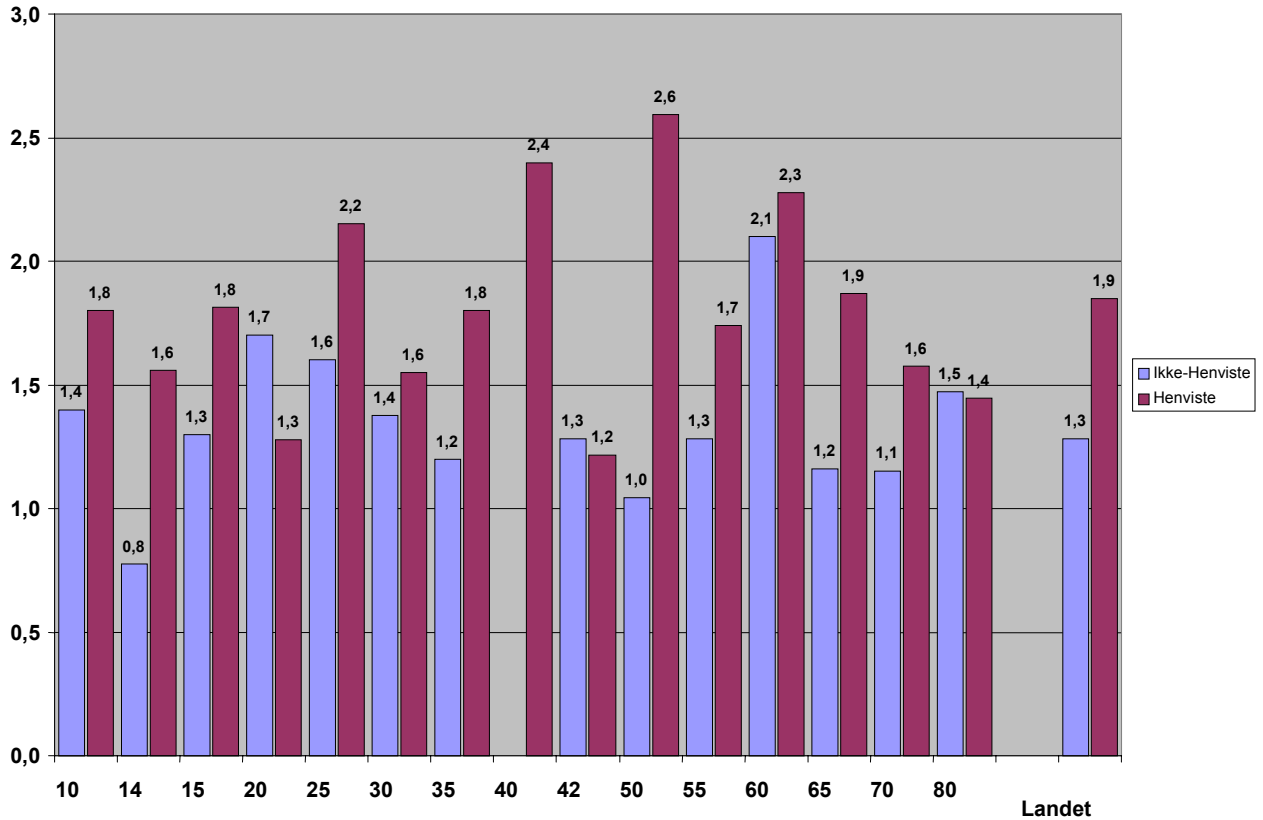
M:



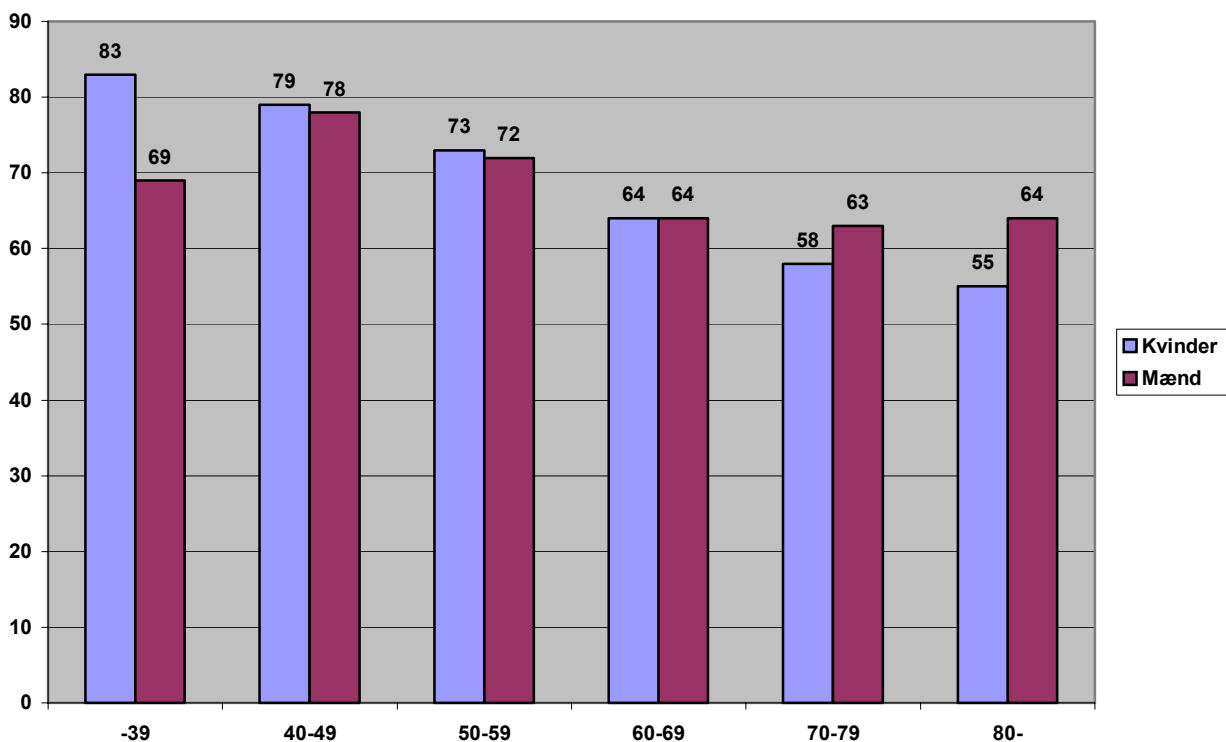
## Lungefunktion.

Den mediane FEV1 er 1,7 l/sek (range 0,1 - 5,6), mens den mediane FEV1 i % af forventede er 65 % (range 5 % - 152 %). 15% af de udredte har en FEV1 på under 40% af forventede, 28% mellem 40% og 60% af forventet og 57% over 60% af forventet.

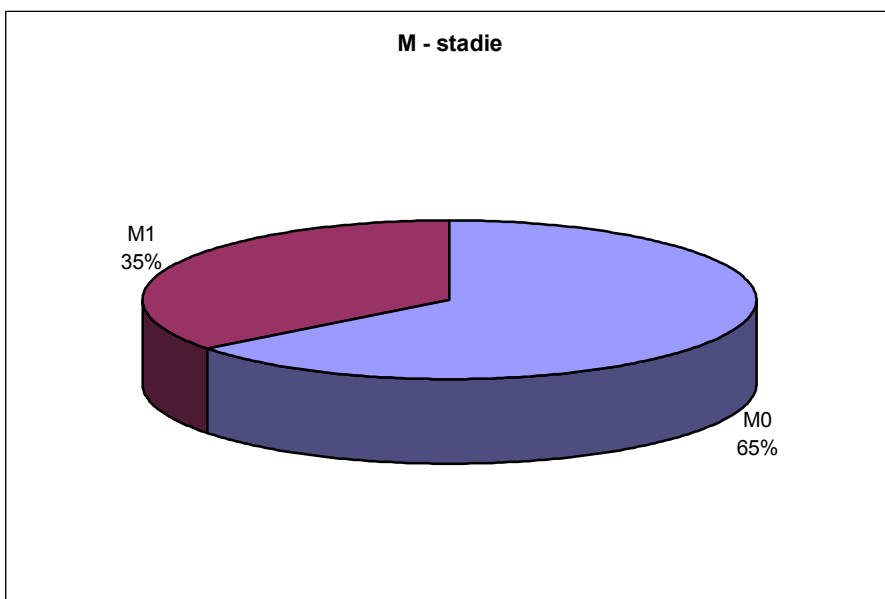
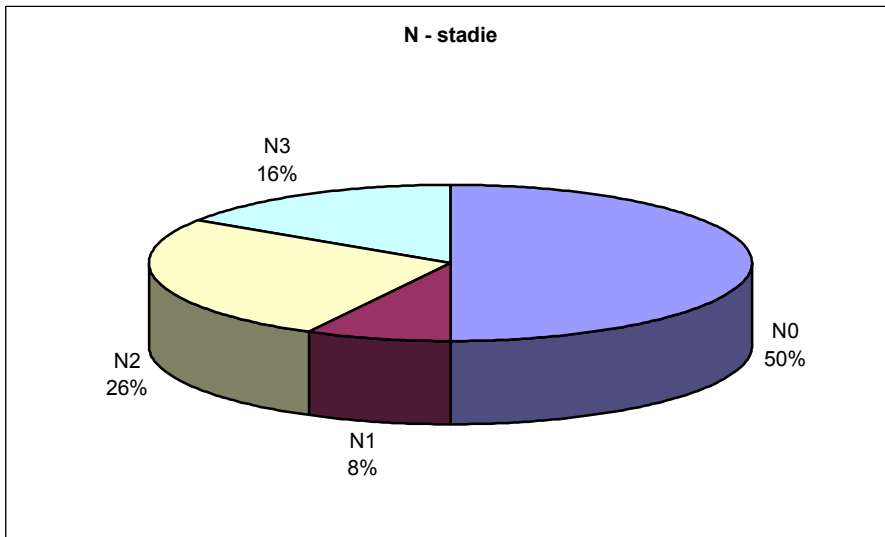
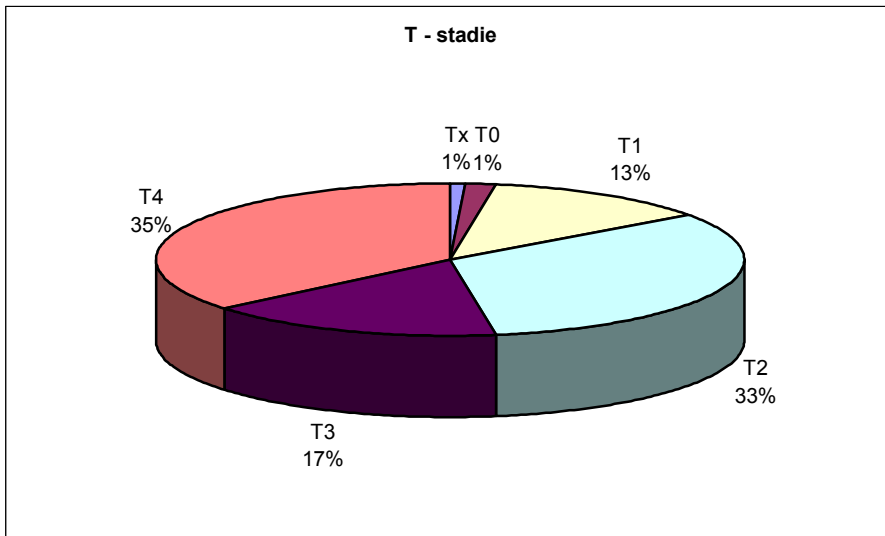
FEV1 på henviste kontra ikke henviste. Fig. 16:



FEV1 køn og alder. Fig. 17:

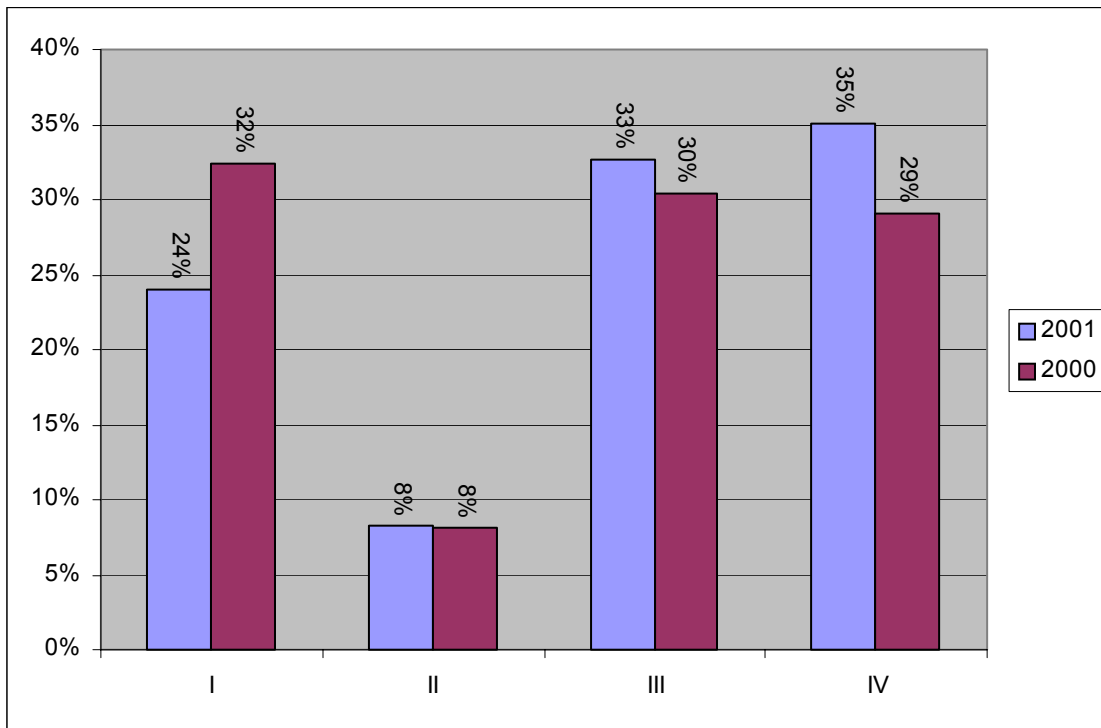


Den samlede c-TNM klassifikation efter alle undersøgelser fordeler i % på landsplan sig således: Fig 18:



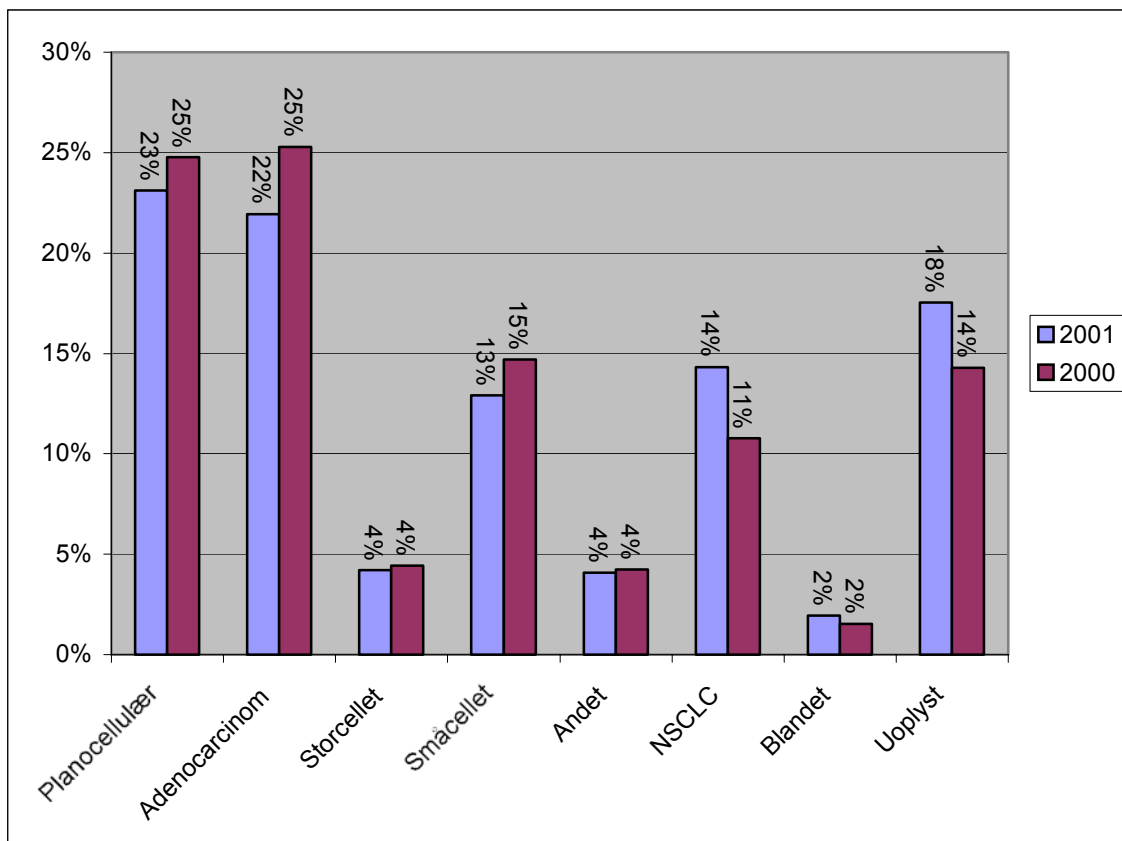
Den kliniske stadietildeling i 2001 og 2000 på landsplan fordeler sig i % således:

Fig. 19:



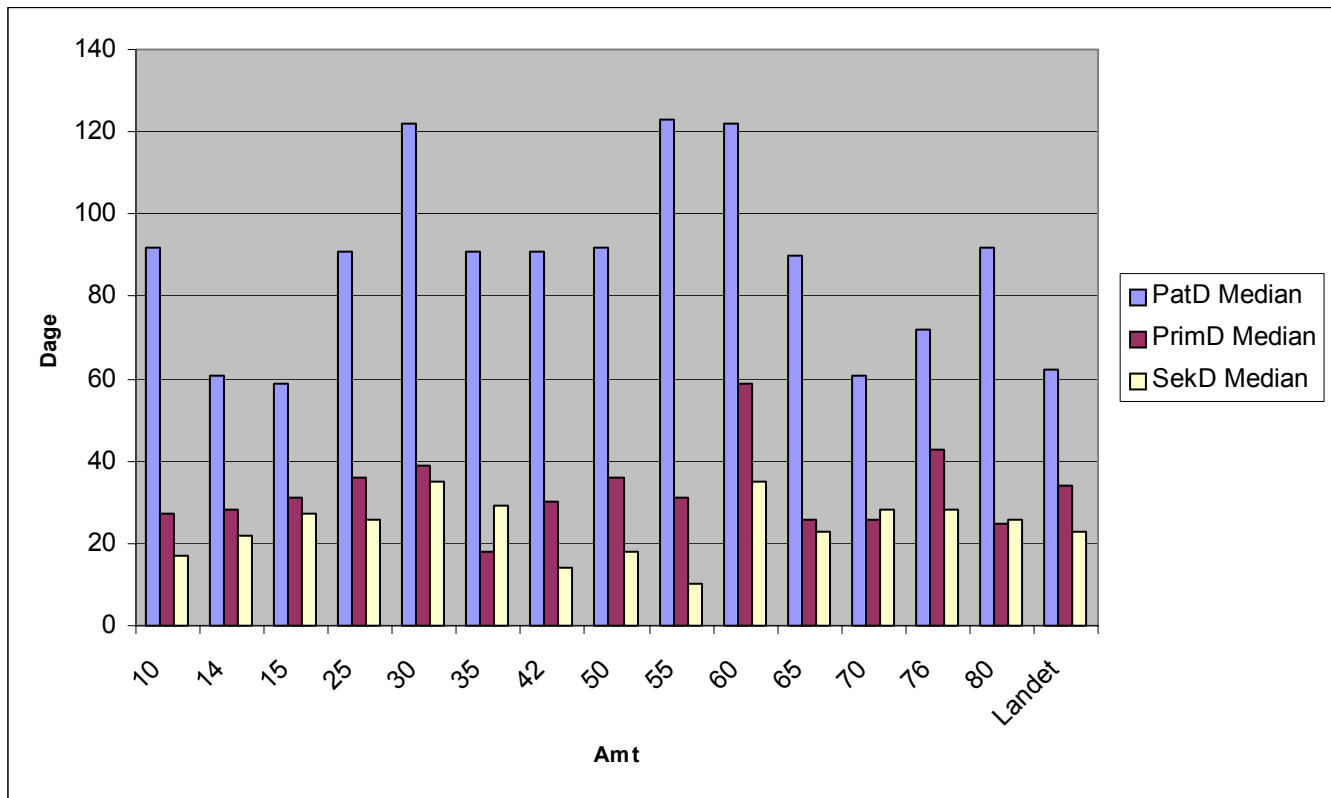
Den kliniske/præoperative patologi diagnoser fordeler sig i % på landsplan således:

Fig. 20:

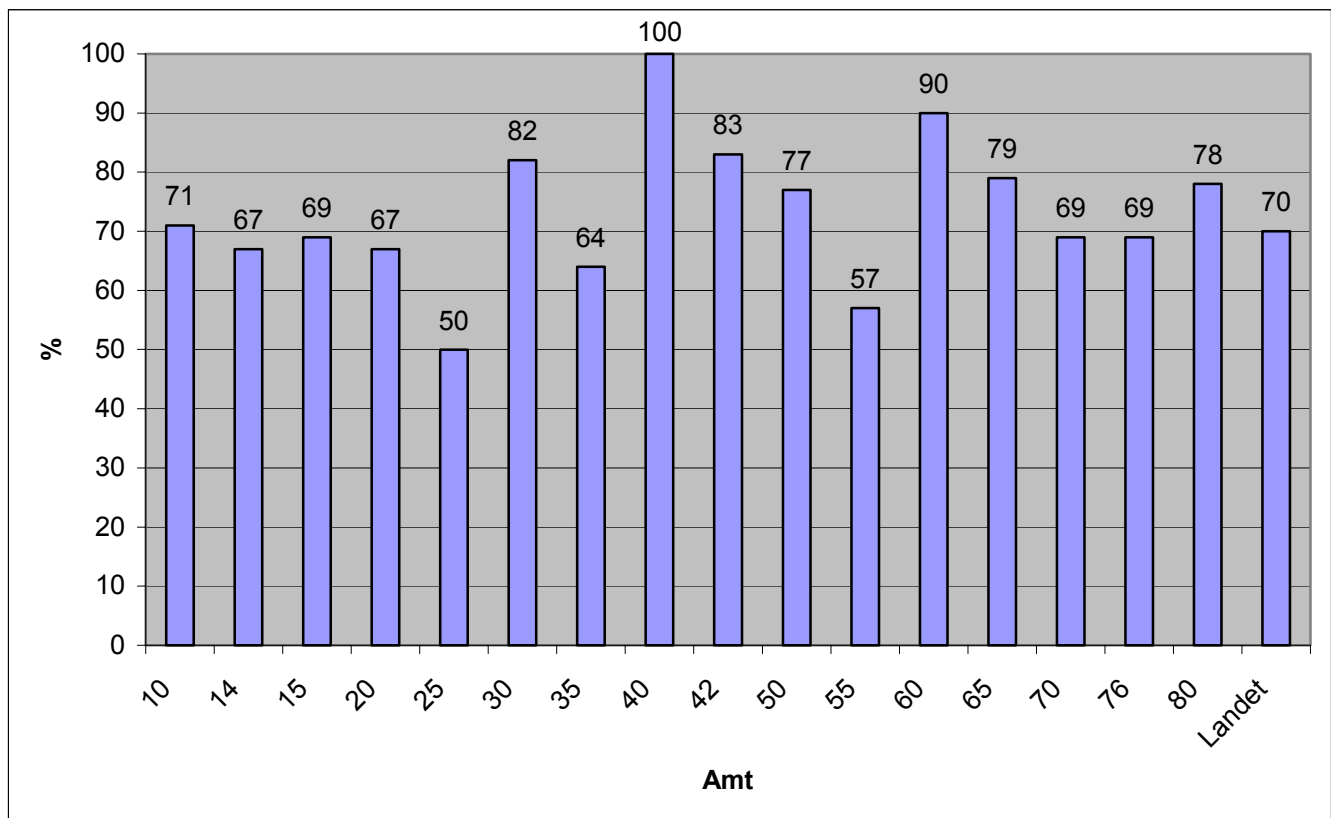




Patientdelay, Primærdelay og Sekundær Delay fordeler sig på landsplan og amter således i 2001:  
Fig. 21:



Følgende procentdel af de indberettede henvises til kirurgisk og/eller onkologisk behandling:  
Fig. 22:



## Kirurgiske afdelinger:

Den kirurgiske aktivitet udføres på i alt 7 afdelinger, 5 thoraxkirurgiske og 2 organkirurgiske. De kirurgiske afdelinger indberettede i 2001 (opgjort per 25. maj 2002) følgende patienter med antallet i 2000 anført til sammenligning.

Tabel 5:

Afdeling	Antal 2001	Antal 2000
Rigshospitalet thoraxkirurgi	118	166
Gentofte thoraxkirurgi	49	36
Odense thoraxkirurgi	110	89
Vejle organkirurgisk	35	48
Skejby thoraxkirurgi	122	152
Viborg organkirurgisk	0	0
Aalborg thoraxkirurgi	79	75
I alt	513	566

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 operationstillene bedre den operative aktivitet. Her anført som alle operationer (eksplorative, resektioner, lobektomier og pneumonektomier):

Tabel 6:

Afdeling	Antal 2001	Antal 2000
Rigshospitalet thoraxkirurgi	118	160
Gentofte thoraxkirurgi	46	33
Odense thoraxkirurgi	96	74
Vejle organkirurgisk	35	43
Skejby thoraxkirurgi	122	148
Viborg organkirurgisk	0	0
Aalborg thoraxkirurgi	76	66
I alt	493	524

Ud af de 7 afdelinger angiver Rigshospitalet, Gentofte, Skejby og Viborg, at deres indberettede antal operationer mangler henholdsvis ca. 8, 22, 15 og 32 patienter. Hvis disse patienter medregnes er der således i 2001 udført i alt 570 operationer. Heraf er minimum 75 udført som eksplorative resektioner, hvorved det totale antal resektioner (resektioner, lobektomier og pneumonektomier) er 495. I 2001 er optaget 2651 patienter i registeret, når alle patienter er registreret via cancerregisteret forventes mellem 3000 og 3200 nydiagnosticerede lungecancerpatienter i 2001. Minimum 15% af disse patienter har en Småcellet lungecancer. Den totale resektionsrate for alle lungecancerer i Danmark bliver således mellem 15,5 og 16,5 og for NSCLC bliver den mellem 19,1 – 19,4 % .

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

Tabel 7:

Afdeling	Delay	% < 14 dage	% > 14 dage
Rigshospitalet thoraxkirurgi	14,7	73	27
Gentofte thoraxkirurgi	22	61	39
Odense thoraxkirurgi	13,7	83	17
Vejle organkirurgisk	24	34	66
Skejby thoraxkirurgi	10,2	98	2
Viborg organkirurgisk			
Aalborg thoraxkirurgi	20	57	43

På landsplan opereres 75 % af patienterne indenfor ventetidsgarantiens 2 ugers frist.

Afdelingerne har indberettet følgende gennemsnitlige indlæggelsestider for opererede patienter:

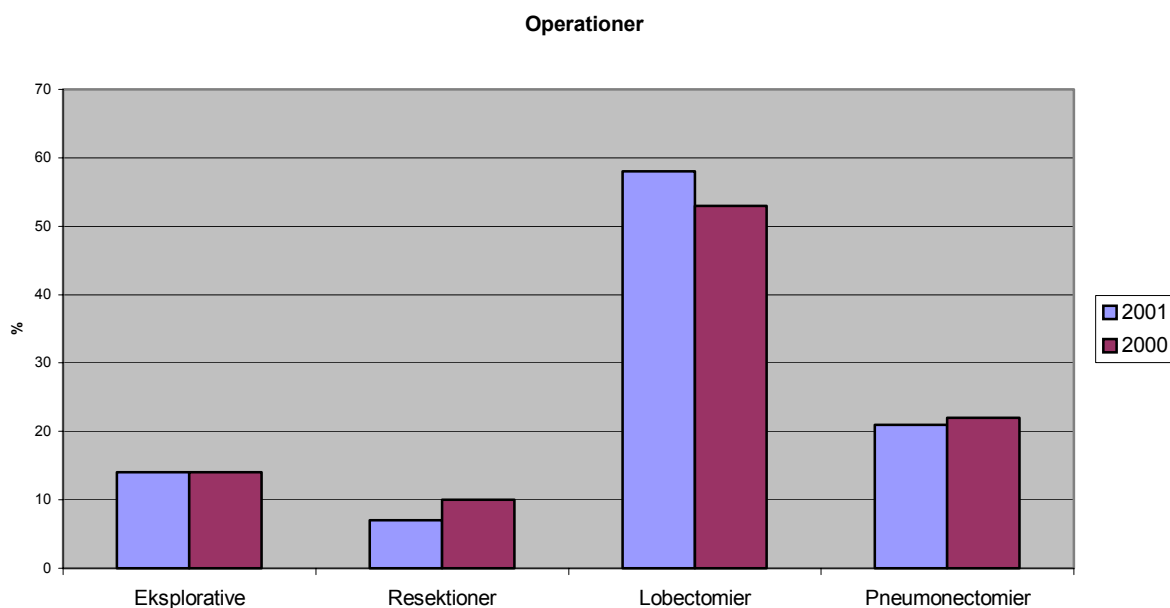
Tabel 8:

Afdeling	Delay
Rigshospitalet thoraxkirurgi	11,6
Gentofte thoraxkirurgi	11,7
Odense thoraxkirurgi	9,6
Vejle organkirurgisk	11,5
Skejby thoraxkirurgi	7,1
Viborg organkirurgisk	
Aalborg thoraxkirurgi	17,7

En del af forskellen mellem afdelingerne er betinget af forskellig postoperativ procedure, idet nogle afdelinger primært udskrives til hjemmet og andre primært overflytter til anden afdeling inden hjemskrivelse.

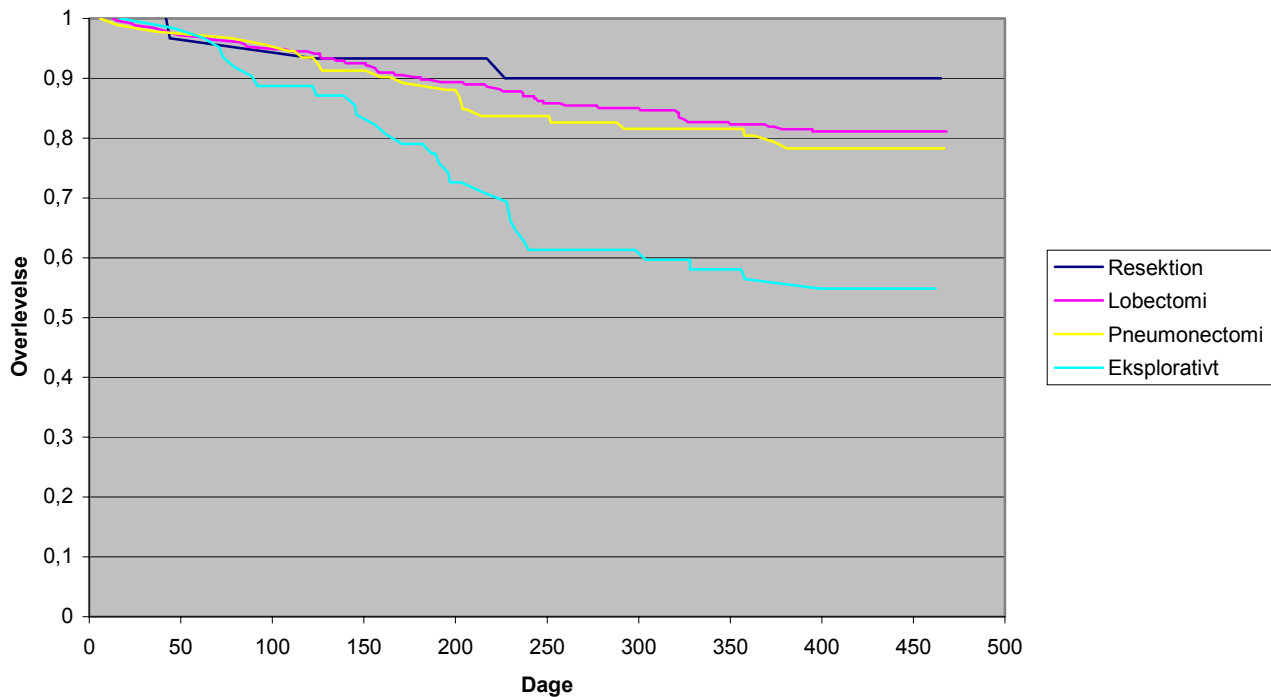
Patienterne fik på landsplan i % i 2001 udført følgende indgreb. Tallene for 2000 anført til sammenligning:

Fig. 23:



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

Fig. 24:



Den minimale observationstid er 105 dage og den estimerede 1 års overlevelse i % er anført i følgende tabel med tilsvarende til for den observerede 1 års overlevelse for 2000 indberettede og 2 års estimerede ligeledes for 2000 patienter:

Tabel 9:

	2001		2000	
	Estimeret 1 års overlevelse	Observeret 1 års overlevelse	Observeret 1 års overlevelse	Estimeret 2 års overlevelse
<b>Eksplorative</b>	57	50	50	29
<b>Resektioner</b>	90	64	64	55
<b>Lobectomier</b>	82	79	79	65
<b>Pneumonectomier</b>	80	68	68	47

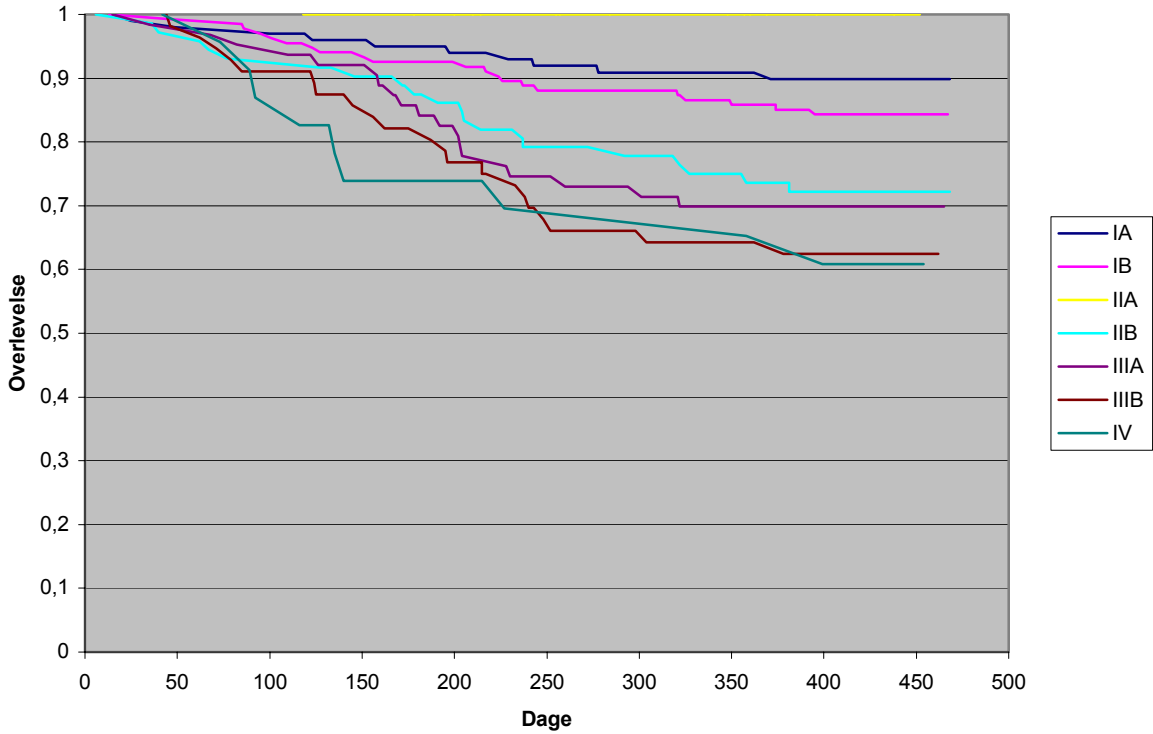
Den postoperative mortalitet (30 dages mortaliteten) for de enkelte operationstyper er anført i tabellen med 2000 anført til sammenligning:

Tabel 10:

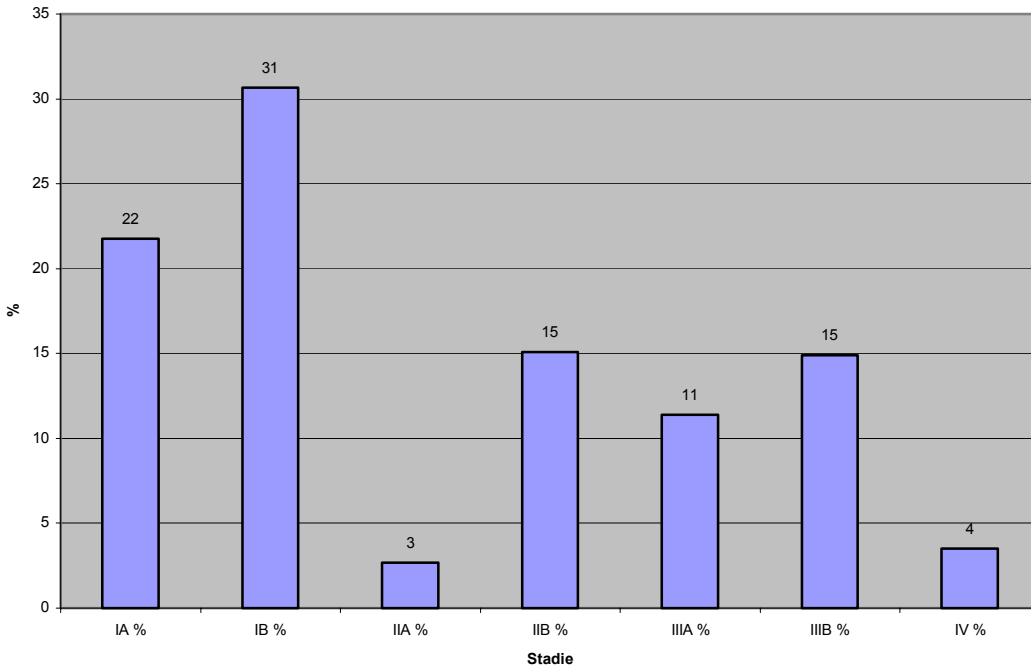
	2001	2000
	30 dages mortalitet	30 dages mortalitet
<b>Eksplorative</b>	4	8
<b>Resektioner</b>	0	3
<b>Lobectomier</b>	3	4
<b>Pneumonectomier</b>	2	12

På landsplan ser Kaplan-Meierkurverne for de enkelte postoperativt vurderede stadier i 2001 således ud:

Fig. 25:



Den procentvise fordeling af de postoperative stadier var i 2001 således : Fig 26:



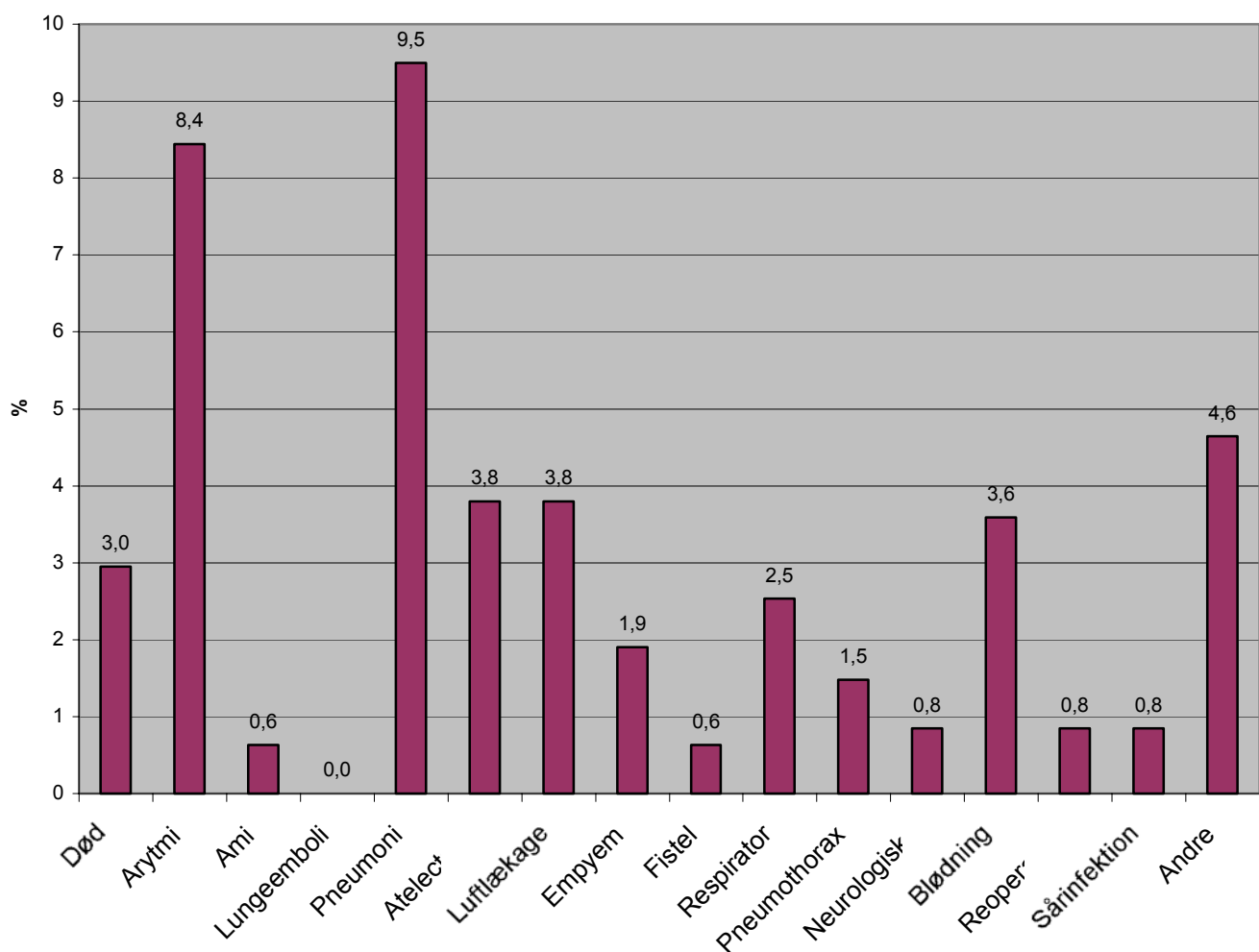
Den minimale observationstid er 105 dage og den estimerede 1 års overlevelse er anført i følgende tabel med tilsvarende tal for den observerede 1 års overlevelse for 2000 indberettede og 2 års estimerede ligeledes for 2000 patienter:

Tabel 11:

	2001	2000	
	Estimeret 1 års overlevelse	Observeret 1 års overlevelse	Estimeret 2 års overlevelse
<b>IA</b>	90	90	86
<b>IB</b>	86	75	59
<b>IIA</b>	100	100	80
<b>IIB</b>	74	74	49
<b>IIIA</b>	70	64	48
<b>IIIB</b>	63	45	21
<b>IV</b>	64	36	27

Komplikationsfrekvensen på de udførte operationer i 2001 angiver på den følgende kurve, idet død angiver død under indlæggelse:

Fig. 27:



## Onkologiske resultater

I 2001 var i alt 6 onkologiske afdelinger tilmeldt registeret. Antal indberetninger fra disse fremgår af følgende (tabel 12):

Afdeling	Antal 2001	Antal 2000
Rigshospitalet		
Herlev	12	5
Odense	42	189
Vejle	118	86
Århus		
Sønderborg		
I alt		

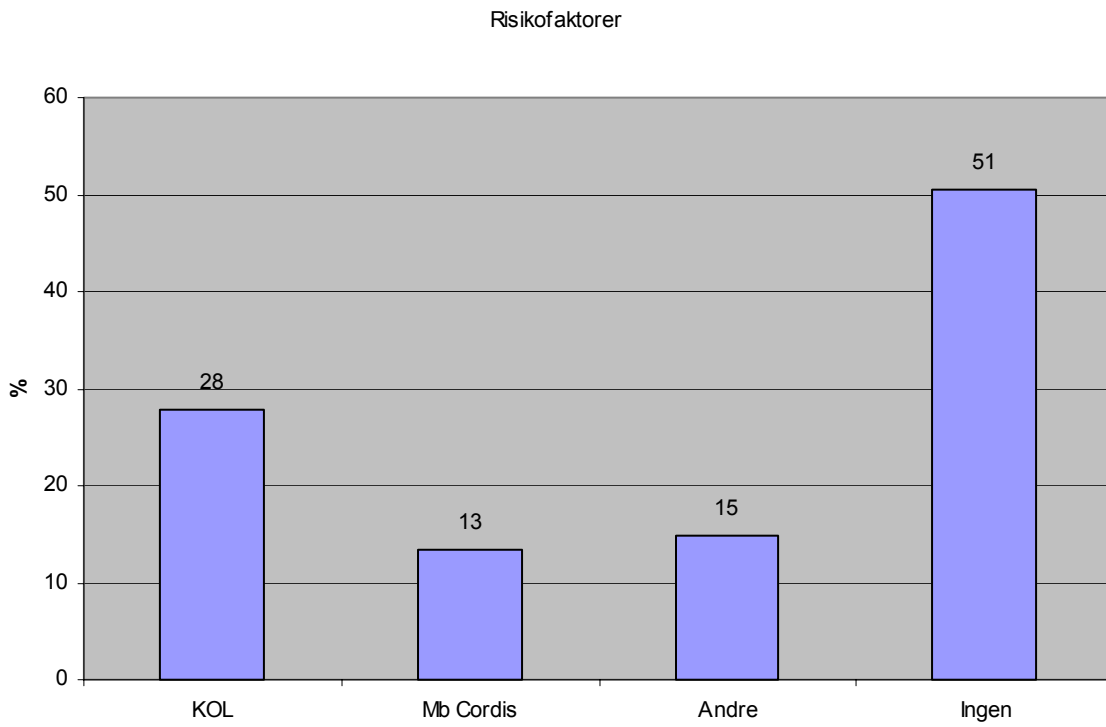
De onkologiske afdelinger har således i stort omfang ikke indberettet til registeret. Afdelinger i Herlev er dog i 2002 påbegyndt, ligesom afdelingerne i Sønderborg og på Århus Kommunehospital starter deres indberetning i år. Der udover er afdelingen i Holstebro nu også tilmeldt registeret. Afdelingerne på Rigshospitalet og i Hillerød har meddelt tilsagn om at ville deltage i forbindelse med at DLCR og Sammenslutningen af Kræftafdelinger får etableret en elektronisk samkøring af deres registrer, formentlig i løbet af efteråret 2002. Når disse afdelinger kommer på plads mangler DLCR således kun at træffe aftale med afdelingen i Ålborg, som vi håber også ønsker at deltage, således at også den onkologiske registrering bliver fuldtallig.

Da det kun er 3 afdelinger, der har indberettet i 2001, vil der ikke i denne generelle årsrapport fremgå landsresultater. Afdelingerne vil derimod i lighed med de øvrige indberettende afdelinger i løbet af sommeren/efteråret 2002 modtage deres afdelingsrapport.

## Supplerende resultater

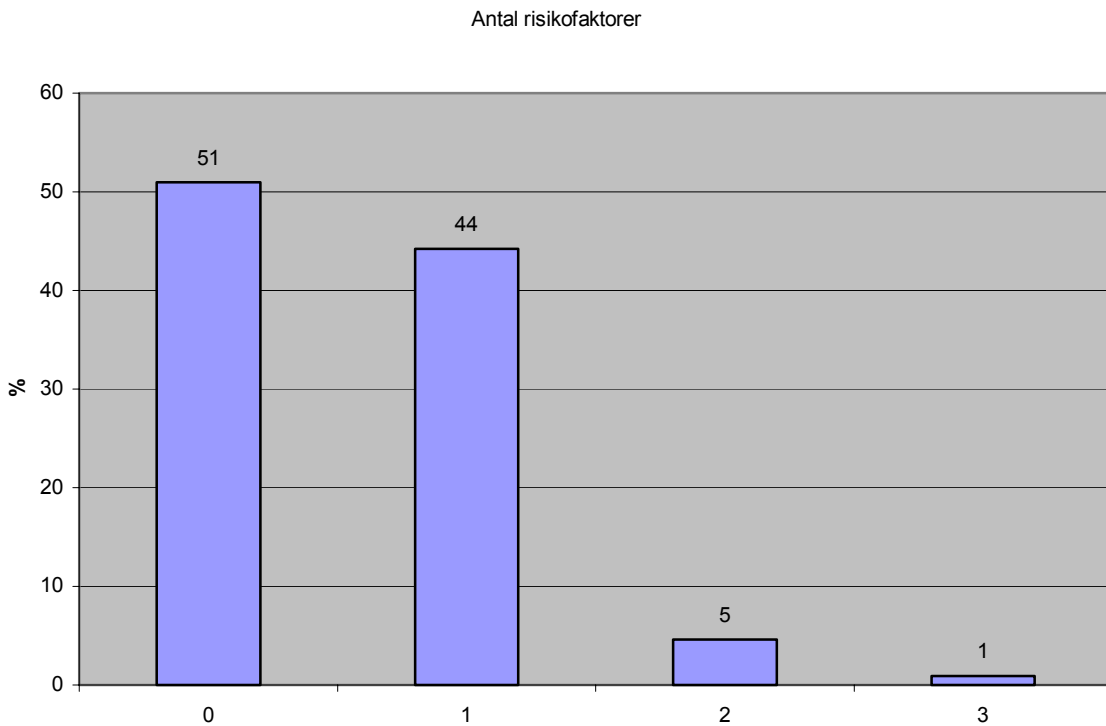
Fordeling af risikofaktorer hos de indberettede patienter:

Fig. 28:



Antal risikofaktorer:

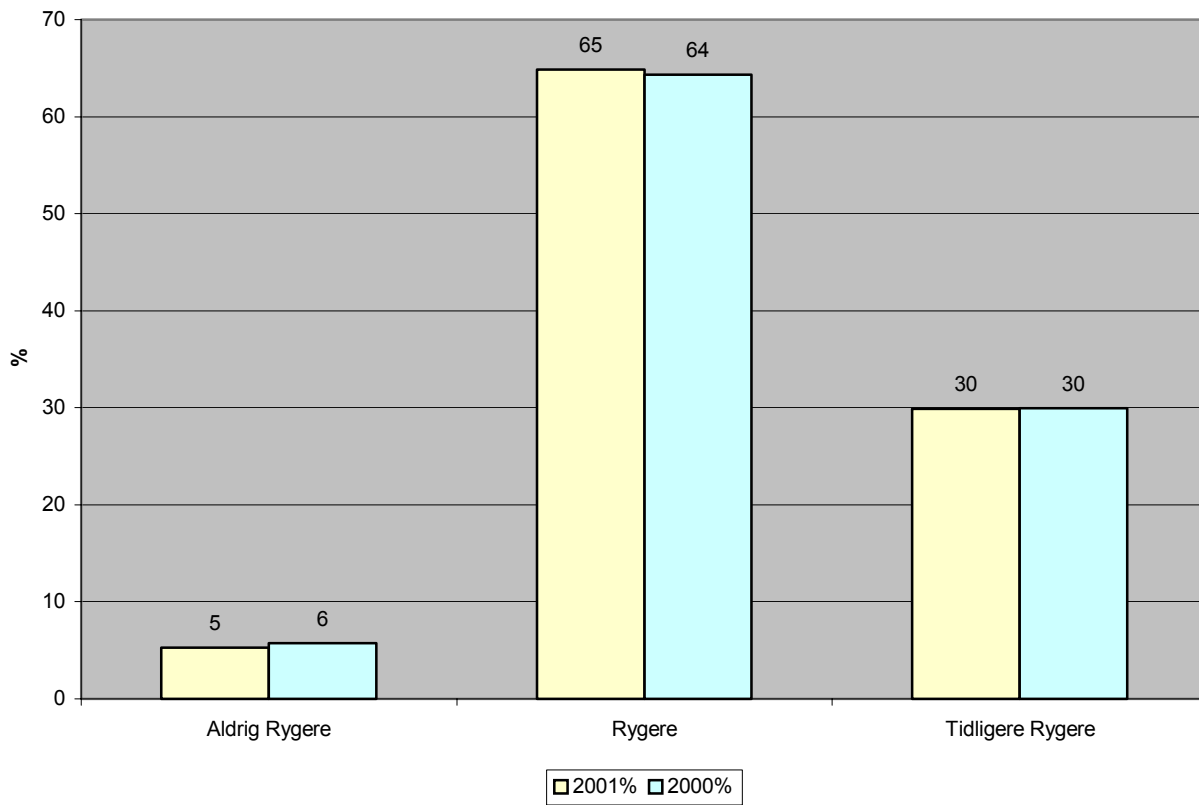
Fig. 29:



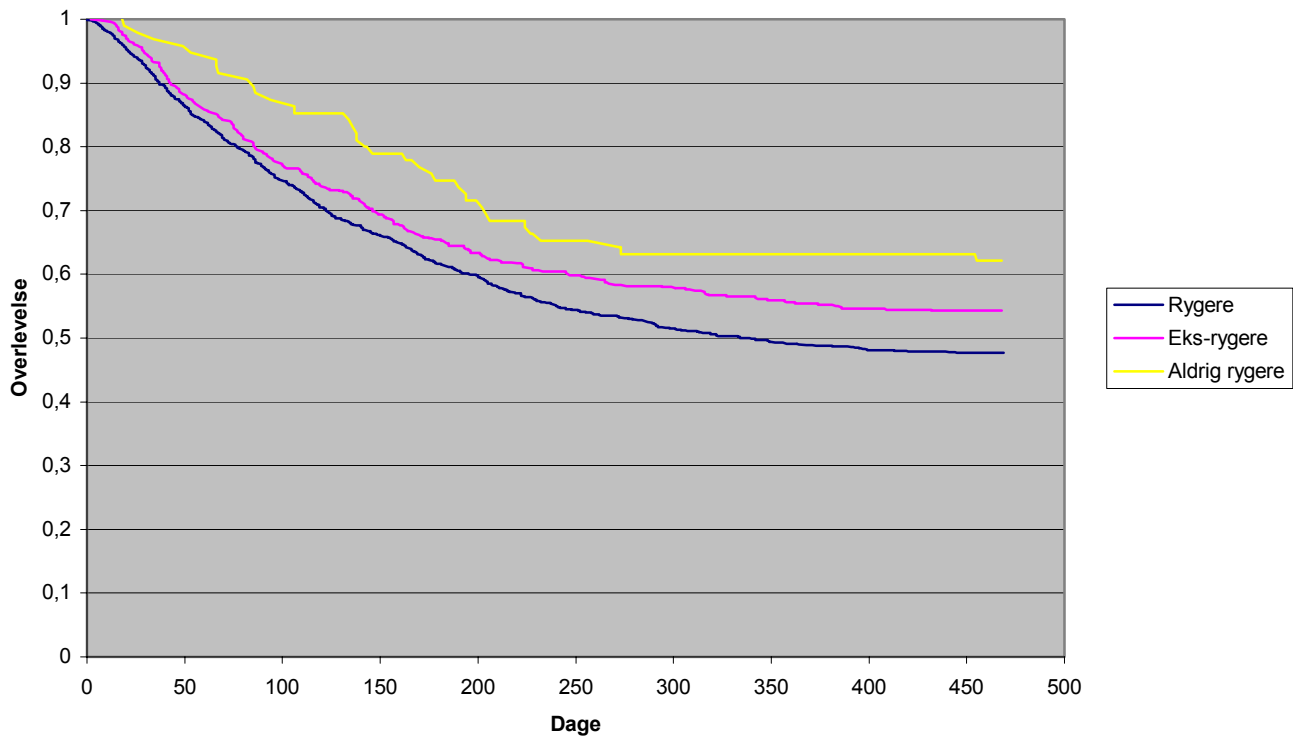
**Rygning:**



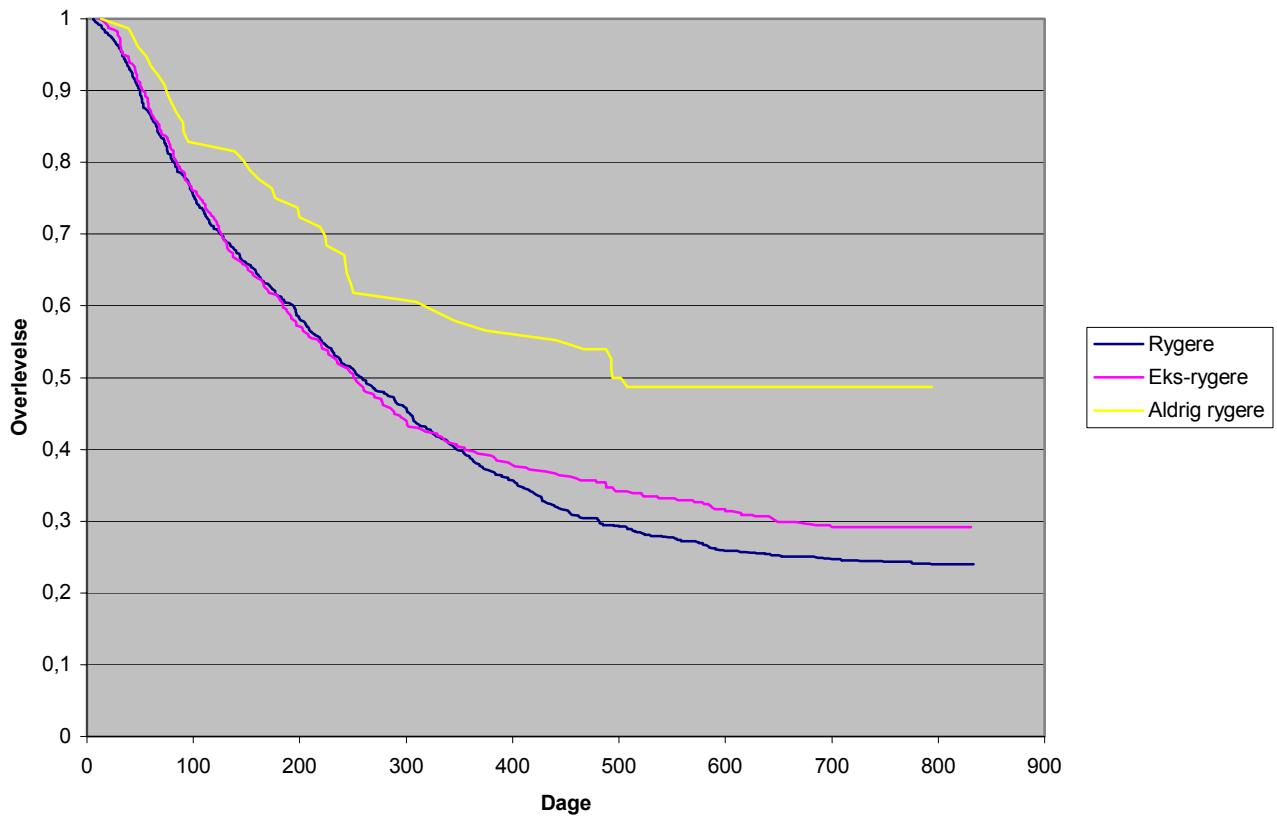
Blandt de indberettede i 2001 og 2000 fordelte patienterne, hvad rygeanamnese angår, således fig. 30:



Rygning og overlevelse for patienter indberettet i 2001. Fig. 31:



og for 2000 patienter:  
Fig. 32:



## Referencer

- 1: Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, Årgang 6. nr. 2002.
- 2: 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].
- 3: Nationale Kræftplan, februar 2000. Sundhedsstyrelsen.
- 4: Storm H. H. et Engholm G.: Relativ overlevelse for danske kræftpatienter diagnosticeret i 1981 til 1997 og fulgt til år 2001. Ugeskrift for læger 2002; 164: 2855-2881.
- 5: Referenceprogram 2001, Lungecancer, undersøgelser og behandling. Dansk Lunge Cancer Gruppe.

## Bilag A – Tilsluttede afdelinger.

### Tilsluttede afdelinger til DLCR pr. 15.05.02

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., Ringkøbing Sygehus
23. Medicinsk afd., Roskilde Amtssygehus
24. Medicinsk afd., Silkeborg Centralsygehus
25. Medicinsk afd., Skive Sygehus
26. Medicinsk afd., Svendborg Sygehus
27. Medicinsk afd., Sønderborg Sygehus
28. Medicinsk afd., Tarm Sygehus
29. Medicinsk afd., Tønder Sygehus
30. Medicinsk afd., Varde Sygehus
31. Medicinsk afd., Vejle Sygehus
32. Medicinsk afd., Viborg 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., Centralsygehuset i Slagelse
38. Øre-næse-hals afd., Svendborg Sygehus
39. Øre-næse-hals afd., Sønderborg Sygehus
40. Øre-næse-hals afd., Vejle Sygehus
41. Øre-næse-hals afd., Århus Kommunehospital
42. Thoraxkirurgisk afd., KAS Gentofte
43. Thoraxkirurgisk afd., Odense Universitetshospital
44. Thoraxkirurgisk afd., Rigshospitalet
45. Thoraxkirurgisk afd., Skejby Sygehus
46. Thoraxkirurgisk afd., Ålborg Sygehus
47. Organkirurgisk afd., Vejle Sygehus
48. Organkirurgisk afd., Viborg Sygehus
49. Onkologisk afd., Herlev Sygehus
50. Onkologisk amb., Holstebro Sygehus
51. Onkologisk afd., Odense Universitetshospital
52. Onkologisk afd., Rigshospitalet
53. Onkologisk afd., Sønderborg Sygehus
54. Onkologisk afd., Vejle sygehus
55. Onkologisk afd., Århus Kommunehospital

## Bilag B – DK populationen.

Regionkoder og DK population 2002

<b>Amt</b>	<b>ID</b>	<b>2002</b>
Københavns kommune	10	500.531
Frederiksberg kommune	14	91.322
Københavns amt	15	617.336
Frederiksborg amt	20	370.555
Roskilde amt	25	234.820
Vestsjællands amt	30	298.731
Storstrøms amt	35	260.498
Bornholms amt	40	44.197
Fyns amt	42	472.504
Sønderjyllands amt	50	253.166
Ribe amt	55	224.444
Vejle amt	60	351.328
Ringkøbing amt	65	274.385
Århus amt	70	644.666
Viborg amt	76	234.323
Nordjyllands amt	80	495.548
<b>Amter i alt</b>		<b>4.776.501</b>
<b>Hele landet</b>		<b>5.368.354</b>