

# DaProCa: Dansk Prostata Cancer Database

Offentliggjort version per 12. juni 2023

Årsrapport 2022  
1. januar til 31. december 2022



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

**DaProCa: Dansk Prostata Cancer Database**

© RKKP 2023

Denne rapport udgår fra Dansk Prostata Cancer Database (DaProCa). Rapportens analyser er udarbejdet af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), Hedeager 3, 8200 Århus N. RKKP Videncenter og styregruppen for databasen har skrevet rapportens kommentarer. Styregruppen har forestået validering af anvendte algoritmer og skrevet de anførte anbefalinger. Rapporten er auditeret og kommenteret af styregruppen for DaProCa

Kontaktperson for DaProCa er kvalitetskonsulent Anne Kudsk Ragner. E-mail: [ankuds@rkkp.dk](mailto:ankuds@rkkp.dk)

Udgiver:  
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram  
Hedeager 3  
8200 Aarhus N

[www.rkkp.dk](http://www.rkkp.dk)

Udgivelsesdato: 12. juni 2023

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

# Indhold

1. Konklusioner og anbefalinger	4
2. Indledning	5
Databasens formål	5
Årsrapporten for 2022	5
Om standarder på indikatorresultaterne	6
3. Oversigt over indikatorerne	7
4. Indikatorresultater	11
Indikator 1: Indlæggelseshyppighed	12
Indikator 2: Tumorpositive kirurgiske rande (pT2)	19
Indikator 3: Tumorpositive kirurgiske rande (pT3)	25
Indikator 4: Kirurgiske komplikationer	30
Indikator 5: Lav risiko: kurativ behandling	34
Indikator 6: Høj risiko: kurativ behandling	39
Indikator 7: MR-aktivitet	44
Indikator 8: PI-RADS score ved MR	49
Indikator 9: MDT-aktivitet	54
5. Beskrivelse af sygdomspopulationen	59
6. Beskrivelse af sygdomsområdet	87
7. Datakomplethed og dækningsgrad	89
8. Identifikation af patientpopulationen	90
9. Indikatoralgoritmer	91
10. Styregruppens medlemmer	97
11. Kodeark	98
12. Komplikationer efter radikal prostatektomi (Indikator 4).	103
13. Kommentarer fra regionerne	105

# 1. Konklusioner og anbefalinger

Som det fremgår af Indikator 1 vil implementering af den transperineale biopsiadgang stort set kunne eliminere den tidligere meget høje indlæggelsesfrekvens efter transrektale prostatabiopsier. Da de sidstnævnte ikke er planlagt helt afskaffet, anbefales at området fortsat overvåges.

En uspecifik kode for biopsien (KTKE00), som ikke skelner mellem transrektal og transperineal biopsi, har i 2022 været anvendt i et stort omfang på Herlev-Gentofte Hospital, Rigshospitalet og Region Sjællands Sygehusvæsen, Roskilde. Dette skyldes IT-mæssige udfordringer med korrekt kodning, som nu er løst.

Standarden for andelen af tumorpositive kirurgiske rande hos patienter opereret for intrakapsulær (pT2) sygdom (Indikator 2) er med 15,3% ikke indfriet på landsplan, og der er betydelige regionale variationer. Herudover bemærkes betydelige udsving i andelen af tumorpositive kirurgiske rande på enkelte afdelinger. Disse opfordres til interne årsagsforklarende audits hos de knapt 50 berørte patienter.

Andelen af patienter i EAU lavrisikogruppe, der behandles indenfor 90 dage efter diagnose (Indikator 5), har de sidste par år på landsplan ligget stabilt omkring 5% og dermed væsentligt under den eksisterende standard. Fra 2023 nedsættes standarden til  $\leq 5\%$  i ønsket om et udviklingsmål for de enkelte afdelinger.

MR-aktiviteten (Indikator 7) afspejler en efterhånden opfyldt implementering af den nye MR-baserede diagnostiske strategi. Lige godt halvdelen af de diagnosticerede patienter blev i 2022 på landsplan tilbudt en præbiopisk MR-skanning. Da man på Herlev-Gentofte Hospital har flere års erfaring med den MR-baserede diagnostik, vil andelen af skannede patienter her (omkring 60%) naturligt udgøre et udviklingsmål og en standard for det øvrige land. Det store mørketal for MR-skannede mænd uden efterfølgende kræftdiagnose og deres skæbne ønskes belyst i fremtiden. Man bør derfor eksplorere omfang og karakteristika af den forventede store MR-negative population, som ikke får stillet diagnosen prostatakræft.

Region Nordjylland har succesfuldt vist vejen for den længe savnede indberetning af MR-skanningsresultatet i form af den 5-trins PI-RADS score (Indikator 8). Denne er, ligesom den histopatologiske ISUP-gradering, en helt grundlæggende markør for hvilke patienter, der skal udredes med biopsier, følges med observation eller tilbydes primær behandling. Kvaliteten af den nye og meget ressourcekrævende diagnostiske strategi kan således ikke monitoreres, så længe den radiologiske PI-RADS-scorer ikke kan indberettes fra landets øvrige radiologiske afdelinger.

De klinisk vigtige MDT-konferencer udgør et datamæssigt "epicenter" for mangeartede og detaljerede kliniske karakteristika, og notaterne fra disse konference notater, opsat i et standardiseret format, ville kunne udgøre en uvurderlig datakilde for kvalitetsregistre.

## 2. Indledning

### Databasens formål

Dansk Prostata Cancer Database (DaProCadata) er af Sundhedsdatastyrelsen godkendt som en dansk kvalitetsdatabase for diagnostik og behandling af prostatacancer i Danmark med dertil hørende kvalitetsindikatorer.

### Årsrapporten for 2022

Studiepopulationen i DaProCadata er patienter med en første histologisk verificeret prostatacancerdiagnose ifølge Landsregisteret for Patologi (LRP). For denne årsrapport opgøres alle nydiagnosticerede patienter i perioden fra 1. januar 2022 til 31. december 2022. Resultaterne for denne opgørelsesperiode sammenlignes efterfølgende med resultater fra de tidligere år.

I 2022 blev 4.443 mænd diagnosticeret med prostatacancer. Dette er samme niveau som de seneste år.

De aktuelle kvalitetsindikatorer afspejler udredning (1) og den operative behandling (2-4). Indikator 5 og 6 beskriver anvendelsen af aktiv behandling ved lavrisiko sygdom (bør være lav) og ved højrisko sygdom (bør være høj). De seneste Indikatorer 7-9 beskriver MR-aktivitet, PI-RADS information og MDT-aktivitet.

Databasens indicatorsæt er under stadig udvikling. Indikatorerne 1, 2 og 3 vurderes fortsat kritisk.

Målet med DaProCadata er, at alle patienter med prostatacancer i Danmark inkluderes med henblik på at sikre, at databasen giver et retvisende billede af kvaliteten af diagnostik og behandling i henhold til de opstillede inklusions- og eksklusionskriterier (se "Identifikation af patientpopulation" for detaljeret beskrivelse af patientpopulationerne i DaProCadata). Databasen er overvejende baseret på data, der er registreret i Landsregisteret for Patologi (skæringsdato 15. februar 2023) eller i Landspatientregisteret (skæringsdato 15. februar 2023).

Datagrundlaget for denne rapport vedrører patienter med en første prostatacancerdiagnose ifølge Landsregisteret for Patologi. Indberetningen til de veletablerede nationale registre er en integreret del af den kliniske hverdag, hvilket forbedrer registreringen.

I 2022 er den urologiske aktivitet i Holstebro flyttet til det nye hospital i Gødstrup. I denne rapport er aktiviteter i Holstebro og Gødstrup rapporteret samlet under Regionshospitalet Gødstrup.

## Om standarder på indikatorresultaterne

Indikatorsettet for prostatakræft omfatter aktuelt ni indikatorer, heraf to indikatorer, som er "supplerende indikatorer", dvs. indikatorer, som er under udvikling som kvalitetsmål.

Af de syv indarbejdede indikatorer har styregruppen tidligere fastsat standardniveauer for fem af indikatorerne, og for de to øvrige indikatorer fastsættes nu standardniveauer til anvendelse ved fremtidige opgørelser.

Styregruppen fastsætter standardniveauer ud fra en betragtning om, hvad som er et realistisk og opnåeligt kvalitetsniveau for den enkelte indikator. Standarden angiver herved en udviklingsretning og en målsætning, som styregruppen vurderer som fagligt ønskværdig og realistisk.

Årsrapporten viser mere end 80 indikatormålinger på lands-, regions- eller afdelingsniveau, og den fastsatte indikator er opnået i tre fjerdedele af målingerne. For alle fem indikatorer gælder det, at der er regioner, hvor standarden er opnået, og regioner, hvor standarden ikke er opnået. Tilsvarende er der afdelinger, hvor standarden er opnået og afdelinger, hvor standarden ikke er opnået. Dette understreger vigtigheden af, at standarderne opfattes som udviklingsmål, og at variationen udtrykker et lærings- og forbedringspotentiale. Standarderne skal ikke opfattes som grænsen mellem det acceptable og det ikke-acceptable eller mellem det fagligt forsvarlige og det fagligt uforsvarlige.

Termen "standard" er det anvendte begreb inden for klinisk kvalitetsudvikling, men ordet selv angiver ikke alvorligheden af manglende opfyldelse, og ordet kan derfor give anledning til misforståelse. Styregruppen for prostatakræftdatabasen har valgt at fastsætte standarder på et niveau, hvor målet ikke er universelt opfyldt, idet vi vurderer, at det er nyttigt at bruge standardfastsættelsen til at udpege regioner og afdelinger, som potentielt kan opnå kvalitetsforbedringer ved at tage lære fra regioner og afdelinger, hvor standarden er opfyldt.

## 3. Oversigt over indikatorerne

### Indikatoroversigt

Indikator	Type	Format	Standard	ID
Indikator 1: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)	Resultat	Andel	≤ 5 %	DAPROCA_033_001
Indikator 2: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med tumorpositive kirurgiske rande	Resultat	Andel	≤ 15 %	DAPROCA_031_003
Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med tumorpositive kirurgiske rande	Resultat	Andel	≤ 40 %	DAPROCA_032_004
Indikator 4: Andel af radikalt prostatektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi	Resultat	Andel		DAPROCA_044_001
Indikator 5: Andel af patienter i EAU lavrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 90 dage efter diagnose.	Proces	Andel	≤ 10 %	DAPROCA_051_001
Indikator 6: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose.	Proces	Andel	≥ 60 %	DAPROCA_052_001
Indikator 7: Andel af prostatacancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg)	Proces	Andel		DAPROCA_045_001

### Supplerende indikatorer

Indikator	Type	Format	Standard	ID
Indikator 1a: (suppl) Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi (transrektale), der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)	Resultat	Andel	≤ 5 %	DAPROCA_033A_001
Indikator 1b: (suppl) Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi (transperineale), der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)	Resultat	Andel	≤ 5 %	DAPROCA_033B_001
Indikator 1c: (suppl) Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi (uspecifik), der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)	Resultat	Andel	≤ 5 %	DAPROCA_033C_001
Indikator 8: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået registreret PI-RADS-score	Proces	Andel		DAPROCA_047S_001
Indikator 9: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med registreret MDT-aktivitet (ZZ0190D) ved diagnose (+/- 60dg)	Proces	Andel		DAPROCA_046S_001



## Oversigt over primære indikatorresultater

Indikator	Standard	Uoplyst	Indikatoropfyldelse		
		%	Andel (95% CI)	Andel	Andel
			01.01.2022 - 31.12.2022	2021	2020
Indikator 1: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)	≤ 5	0	4 (4-5)	5	6
Indikator 2: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med tumorpositive kirurgiske rande	≤ 15	0	15 (13-18)	17	11
Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med tumorpositive kirurgiske rande	≤ 40	0	38 (33-42)	41	40
Indikator 4: Andel af radikalt prostatektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi		0	5 (4-6)	7	5
			01.01.2021 - 31.12.2021	2020	2019
Indikator 5: Andel af patienter i EAU lavrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 90 dage efter diagnose.	≤ 10	0	5 (3-8)	5	4
Indikator 6: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose.	≥ 60	0	67 (65-70)	66	64
			01.01.2022 - 31.12.2022	2021	2020
Indikator 7: Andel af prostatacancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg)		0	52 (51-54)	29	22

## Oversigt over de supplerende indikatorer

Indikator	Standard	Uoplyst		Indikatoropfyldelse		
		%	Andel (95% CI)			
			01.01.2022 - 31.12.2022	2021	2020	
Indikator 1a: (suppl) Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi (transrektale), der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)	≤ 5	0	5 (4-6)	4	5	
Indikator 1b: (suppl) Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi (transperineale), der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)	≤ 5	0	1 (0-2)	0	13	
Indikator 1c: (suppl) Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi (uspecifik), der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)	≤ 5	0	5 (4-7)	6	6	
Indikator 8: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået registreret PI-RADS-score		0	2 (2-3)	0	0	
Indikator 9: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med registreret MDT-aktivitet (ZZ0190D) ved diagnose (+/- 60dg)		0	44 (43-46)	45	45	

## 4. Indikatorresultater

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

For hver indikator vises en oversigtstabel for resultatet på lands-, regions- og afdelingsniveau, og resultaterne visualiseres yderligere med forest plots. Trendgraferne viser indikatoranalysen over tid på regionsniveau.

## Indikator 1: Indlæggelseshyppighed

### *Datagrundlag og beregningsregler*

Indikator 1 tager udgangspunkt i transrektale ultralydscanningsprocedurer (TRUS) med prostatabiopsi udført i 2022 blandt mænd, som fik diagnosticeret prostatacancer ved proceduren. Når der var flere TRUS-biopsi registreringer for en mand på en enkelt dag, er kun medtaget den første biopsiregistrering.

### *Resultater*

Andelen af patienter, som indlægges efter prostatabiopsi, er fortsat faldende på landsplan (Tabel 1; Figur 1-3). Det aktuelle resultat er, at 4% indlægges i ugen efter biopsien.

Der er nogen variation mellem regionerne, fra 3% til 6%, og den fastsatte standard er ikke opfyldt i to regioner (Hovedstaden og Sjælland). I Region Sjælland er andelen nu højere end i de to foregående år (Figur 1-3).

### *Diskussion og implikationer*

I Herlev og Odense er en stor andel af biopsierne i 2022 foretaget ved transperineal adgang (henholdsvis  $345/859 = 40\%$  og  $218/545 = 40\%$ ). I begge hospitaler er andelen af indlagte efter transperineal biopsi 1%. Praksisændringen i disse to hospitaler, og i lidt mindre omfang ved Aarhus Universitetshospital, har, sammen med samtidig typisk færre men til gengæld målrettede biopsier, bidraget til den faldende indlæggelseshyppighed på landsplan. Se stratificerede indikatorresultater i oversigten på side 10.

I forbindelse med kvalitetsmonitorering af den fremtidige biopsiprocedure, er det afgørende samtidigt at kunne monitorere den nye og meget ressourcekrævende diagnostiske MR-baserede strategi, som er udslagsgivende for hvem, der anbefales biopsi og hvor og hvor mange, der skal tages. Dette vil kræve data om PSA-densiteten (ved kodning af prostata volumener) og den radiologiske 5-trins PI-RADS-score, hvortil der allerede i 2020 blev oprettet SKS koder (se Indikator 8).

Indtil de nye biopsianbefalinger er implementeret, bør der på de afdelinger, hvor indikatorstandarden ikke opfyldes, være en større opmærksomhed på denne procedure og om muligt findes en årsagsforklaring på den forhøjede indlæggelsesforekomst. De forebyggende tiltag, herunder anvendelse af profylaktiske antibiotika, bør, ikke mindst i forbindelse med rebioptering, tages op til overvejelse på afdelinger, hvor indlæggelsesfrekvensen ligger højest. Lokal validering har ikke uventet fundet, at indlæggelse uanset årsag medfører et overestimat. Erfaringsmæssigt er det infektion, der komplicerer indgrebet.

Det vil de kommende år være væsentligt at kunne redegøre for antallet af nålestik i de enkelte biopsisæt for hver patient. Der er interesse for at kunne vurdere antal biopsier, antal egnede biopsier og antal positive biopsier. Det er ud over biopsiadgang (en kommende indikator) desuden relevant at monitorere, hvorvidt biopsien er foretaget målrettet.

### *Vurdering af indikatoren*

Indikatoren er fortsat vigtig, og det forventes, at andelen af patienter, som indlægges efter biopsi, vil falde i de kommende år, når transperineal biopsiadgang og færre men målrettede biopsier bliver mere udbredt. Standardniveauet på 5% udtrykker det fagligt ønskværdige niveau. Niveauet fastholdes aktuelt, men et fremtidigt udviklingsmål vil i de næste år kunne fastsættes endnu lavere.

Andelen af transperineale biopsier vil være en kvalitetsindikator fremover og iværksættes i næste årsrapport. En uspecifik kode for biopsien (KTKE00), som ikke skelner mellem transrektal og transperineal biopsi, har været anvendt i et stort omfang på Herlev-Gentofte Hospital, Rigshospitalet og Region Sjællands Sygehusvæsen, Roskilde. Dette skyldes IT-mæssige udfordringer med korrekt kodning, som nu er løst.

**Tabel 1. Indlæggelse efter prostatabiopsi (både transrektale og transperineale biopsier)**

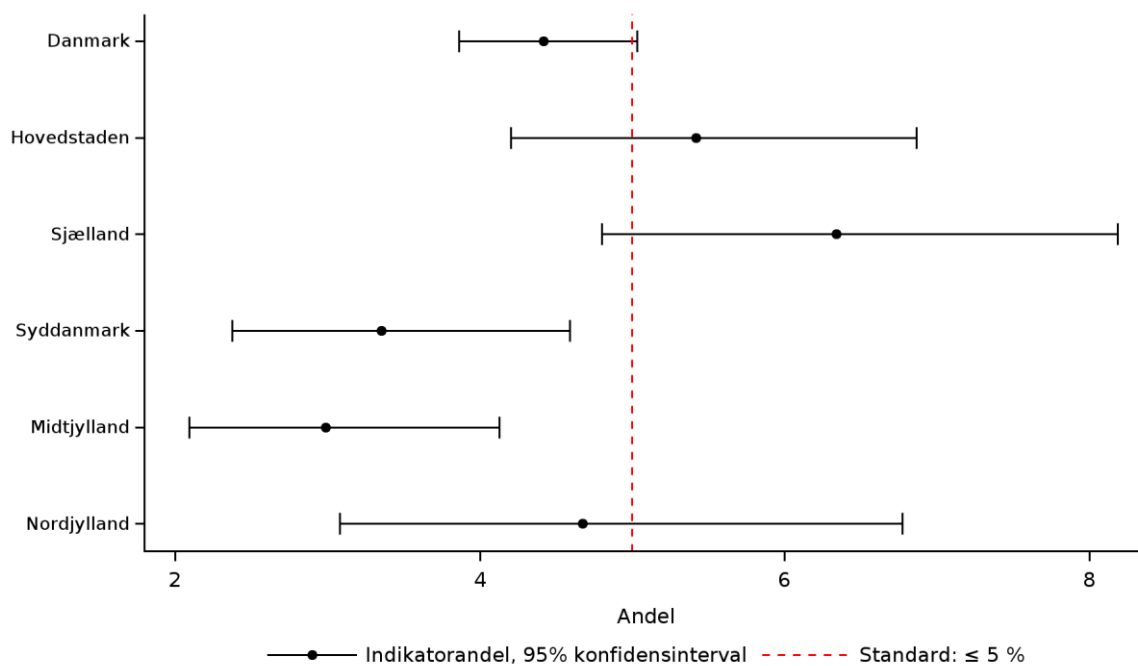
Indikator 1: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 5%			01.01.2022 - 31.12.2022		2021	2020
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	216 / 4.887	0 (0)	4	(4-5)	5	6
<b>Hovedstaden</b>	Nej	64 / 1.181	0 (0)	5	(4-7)	7	7
<b>Sjælland</b>	Nej	54 / 852	0 (0)	6	(5-8)	4	5
<b>Syddanmark</b>	Ja	37 / 1.103	0 (0)	3	(2-5)	4	5
<b>Midtjylland</b>	Ja	35 / 1.171	0 (0)	3	(2-4)	4	5
<b>Nordjylland</b>	Ja	26 / 556	0 (0)	5	(3-7)	6	6
<b>Hovedstaden</b>	Nej	64 / 1.181	0 (0)	5	(4-7)	7	7
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	Nej	##/##	0 (0)	6	(0-30)	0	11
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	48 / 860	0 (0)	6	(4-7)	9	7
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Ja	##/##	0 (0)	5	(3-8)	2	7
<b>Sjælland</b>	Nej	54 / 852	0 (0)	6	(5-8)	4	5
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Nej	54 / 852	0 (0)	6	(5-8)	4	5
<b>Syddanmark</b>	Ja	37 / 1.103	0 (0)	3	(2-5)	4	5
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	Ja	9 / 285	0 (0)	3	(1-6)	5	7
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	17 / 545	0 (0)	3	(2-5)	3	5
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Ja	0 / 16	0 (0)	0	(0-21)	4	2
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	Ja	11 / 257	0 (0)	4	(2-8)	2	4

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 5% opfyldt		antal (%)	01.01.2022 - 31.12.2022	95% CI	2021	2020
				Andel		Andel	Andel
<b>Midtjylland</b>	Ja	35 / 1.171	0 (0)	3	(2-4)	4	5
Aarhus Universitetshospital, Røntgen og Skanning	Ja	0 / 24	0 (0)	0	(0-14)	8	4
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Ja	10 / 644	0 (0)	2	(1-3)	3	6
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	Ja	25 / 503	0 (0)	5	(3-7)	5	5
<b>Nordjylland</b>	Ja	26 / 556	0 (0)	5	(3-7)	6	6
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	## / #	0 (0)	5	(3-7)	6	6
Regionshospitalet Nordjylland Ven, RHN Urinvejskirurgi	Ja	## / #	0 (0)	4	(1-15)	5	7
<b>Privathospitaler</b>							
Privathospitalet Mølholm Vejle, afdeling	Ja	0 / 4	0 (0)	0	(0-60)	0	13
Progardia Healthcare, afdeling	Ja	0 / 20	0 (0)	0	(0-17)	0	-

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

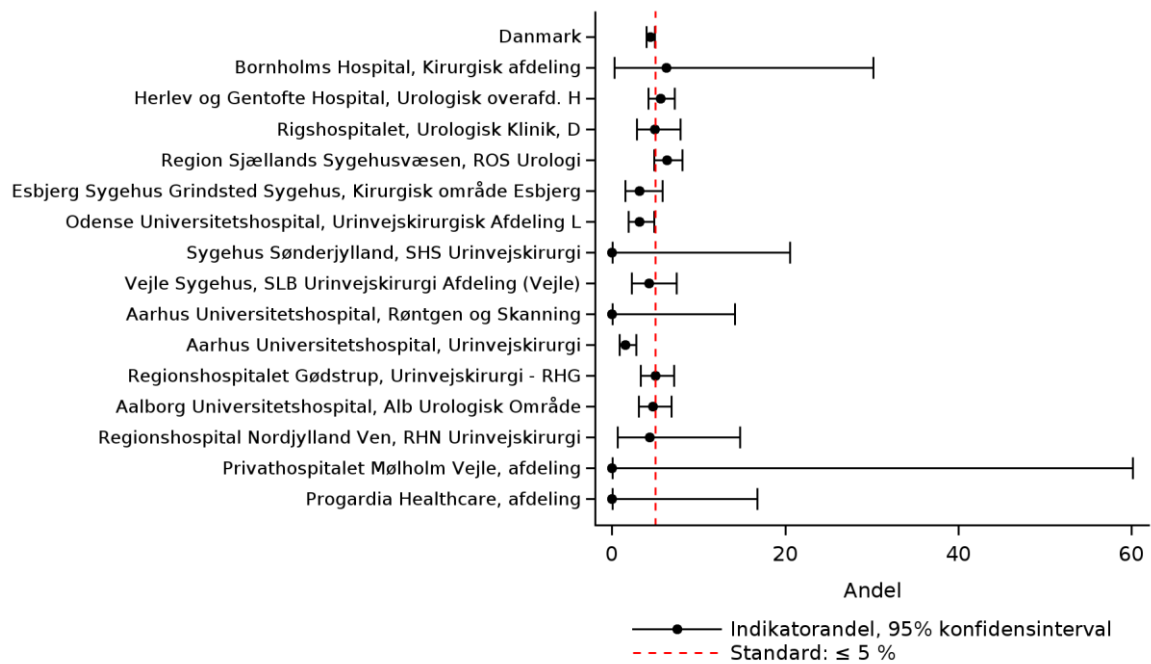
Indikator 1: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer). Kontrolldiagram på regionsniveau.





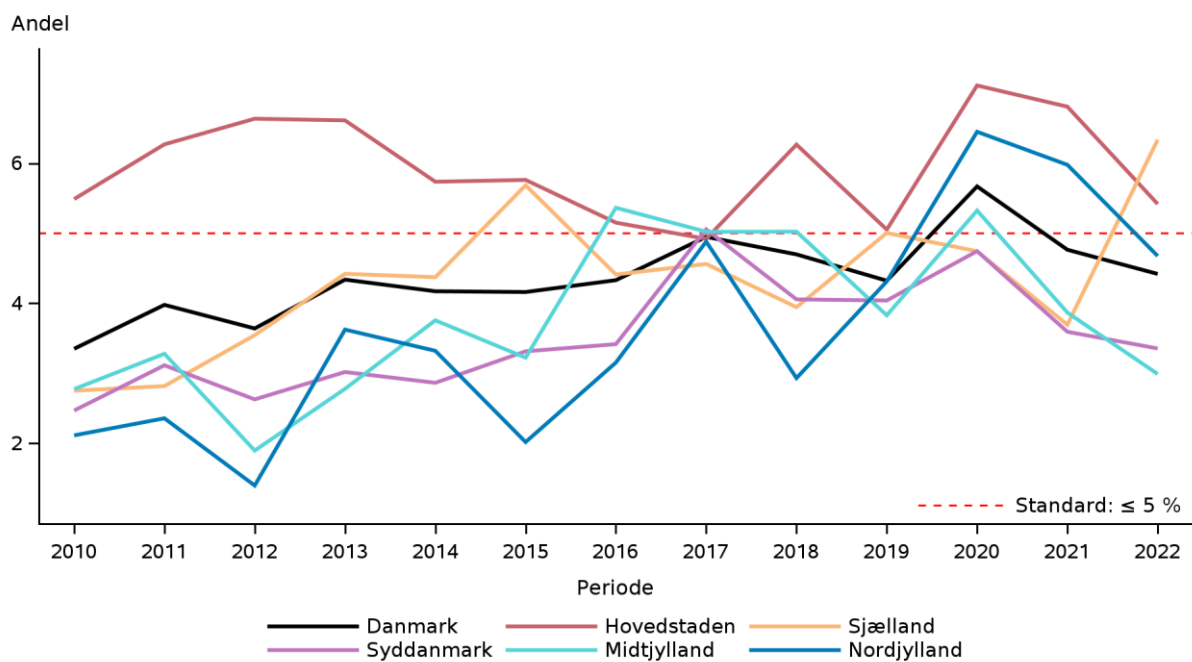
## Figur 1-2. Indlæggeshyppighed efter udført TRUS med prostatabiopsi opgjort per hospitalsafdeling

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



### Figur 1-3. Trend i indlæggeshyppighed efter udført TRUS med prostatabiopsi opdelt per region i perioden 2010 til 2021

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



## Indikator 2: Tumorpositive kirurgiske rande (pT2)

### *Datagrundlag og beregningsregler*

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

### *Resultater*

På landsplan havde 15% (102/665) af patienter med intraprostatisk (pT2) tumorer positiv kirurgisk margin efter radikal prostatektomi. Dette er lidt lavere end i 2021. Der er variation mellem landets regioner (fra 10% i Syddanmark til 21% i Midtjylland), og den fastsatte standard på 15% er kun opfyldt i Syddanmark og Nordjylland. På afdelingsniveau er det Rigshospitalet, Aarhus Universitetshospital, Regionshospitalet Gødstrup, som har de højeste andele med tumorpositive kirurgiske rande.

### *Diskussion og implikationer*

Standarden for andelen af tumorpositive kirurgiske rande hos patienter opereret for intrakapsulær (pT2) sygdom (Indikator 2) er med 15,3% ikke indfriet på landsplan. Herudover bemærkes betydelige udsving i andelen af tumorpositive kirurgiske rande på enkelte afdelinger (Rigshospitalet, Aarhus Universitetshospital og Regionshospitalet Gødstrup), hvor man opfordres til interne årsagsforklarende audits hos de knapt 50 berørte patienter. I Region Midtjylland har andelen været stærkt stigende de sidste to år (Figur 2.3). De nævnte forskelle beror snarere på patientselektion eller kirurgisk teknik, herunder anvendelse af nervesparende kirurgi, fremfor på regionale forskelle i den histopatologiske definition. De opdaterede landsdækkende DAPROCA retningslinjer vedr. patoanatomisk diagnostik af prostatacancer indeholder præcise definitioner på disse to parametre [LINK](#).

Tumorpositive kirurgiske rande demonstreredes i 2020 årsrapportens særkapitel at øge risikoen for biokemisk sygdomstilbagefald. Da dette, udover at kunne udvikle sig til en uheldelig tilstand, ligeledes øger muligheden for efterfølgende bivirkningsfyldt salvage strålebehandling og supplerende endokrinterapi, anses det for betydende for behandlingskvaliteten, at der om muligt ikke efterlades kræft i forbindelse med det radikale operative indgreb. I store internationale serier (>1.000 opererede) angives frekvensen af tumorpositive kirurgiske rande ved pT2 tumorer på mellem 6 og 17%, hvilket er i god overensstemmelse med indikatorens standard (Kang et al. 2020). En række faktorer øger endvidere risikoen for tumorpositive kirurgiske rande ved pT2 tumorer (PSA-niveau, stigende PSA-niveau og Gleason score) (Shenet al. 2019).

### *Vurdering af indikatoren*

Frekvensen af patienter, som opereres ”i sundt væv”, anses for at udgøre en naturlig indikator for behandlingskvalitet. Det understøttes af at tumorpositive kirurgiske rande øge risikoen for biokemisk

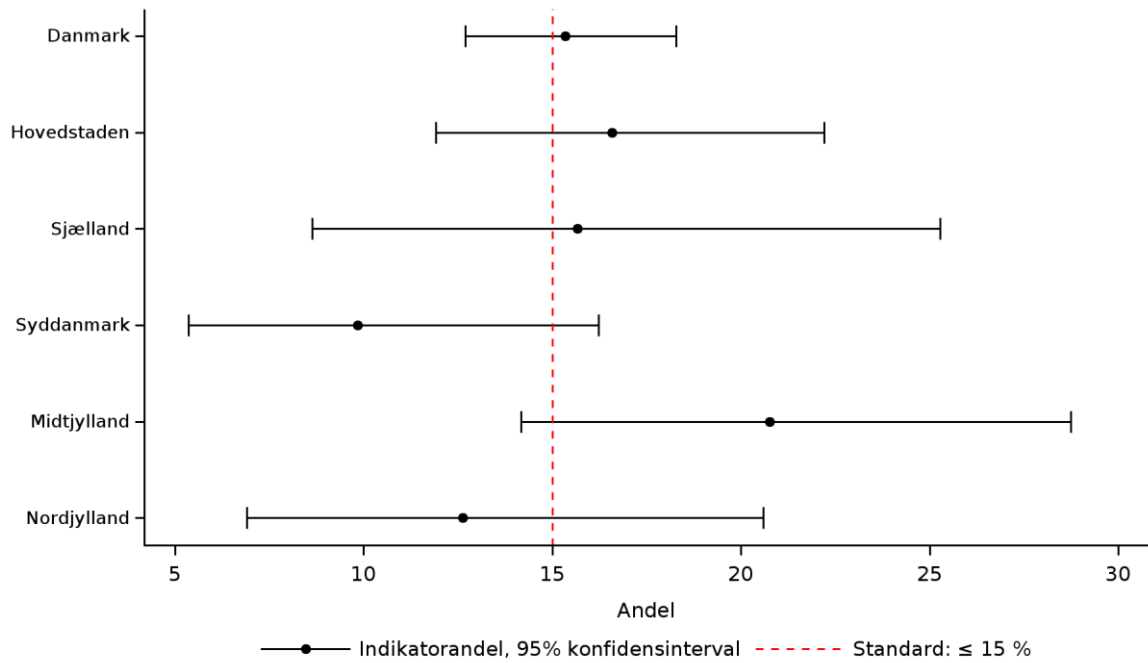
sygdomstilbagefald, som udover at kunne udvikle sig til en uhelbredelig tilstand ligeledes øger muligheden for efterfølgende bivirkningsfyldt salvage strålebehandling og supplerende endokrinterapi.

**Tabel 2. Tumorpositive kirurgiske rande (pT2)****Indikator 2: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med tumorpositive kirurgiske rande**

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 15% opfyldt			01.01.2022 - 31.12.2022		2021	2020
				Andel	95% CI	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Nej	102 / 665	0 (0)	15	(13-18)	17	11
<b>Hovedstaden</b>	Nej	36 / 217	0 (0)	17	(12-22)	19	18
<b>Sjælland</b>	Nej	13 / 83	0 (0)	16	(9-25)	18	10
<b>Syddanmark</b>	Ja	13 / 132	0 (0)	10	(5-16)	15	9
<b>Midtjylland</b>	Nej	27 / 130	0 (0)	21	(14-29)	15	6
<b>Nordjylland</b>	Ja	13 / 103	0 (0)	13	(7-21)	15	10
<b>Hovedstaden</b>	Nej	36 / 217	0 (0)	17	(12-22)	19	18
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	16 / 136	0 (0)	12	(7-18)	22	19
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	20 / 81	0 (0)	25	(16-36)	14	16
<b>Sjælland</b>	Nej	13 / 83	0 (0)	16	(9-25)	18	10
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Nej	13 / 83	0 (0)	16	(9-25)	18	10
<b>Syddanmark</b>	Ja	13 / 132	0 (0)	10	(5-16)	15	9
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	13 / 132	0 (0)	10	(5-16)	15	9
<b>Midtjylland</b>	Nej	27 / 130	0 (0)	21	(14-29)	15	6
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Nej	13 / 63	0 (0)	21	(11-33)	22	7
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	Nej	14 / 67	0 (0)	21	(12-33)	12	5
<b>Nordjylland</b>	Ja	13 / 103	0 (0)	13	(7-21)	15	10
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	13 / 103	0 (0)	13	(7-21)	15	10

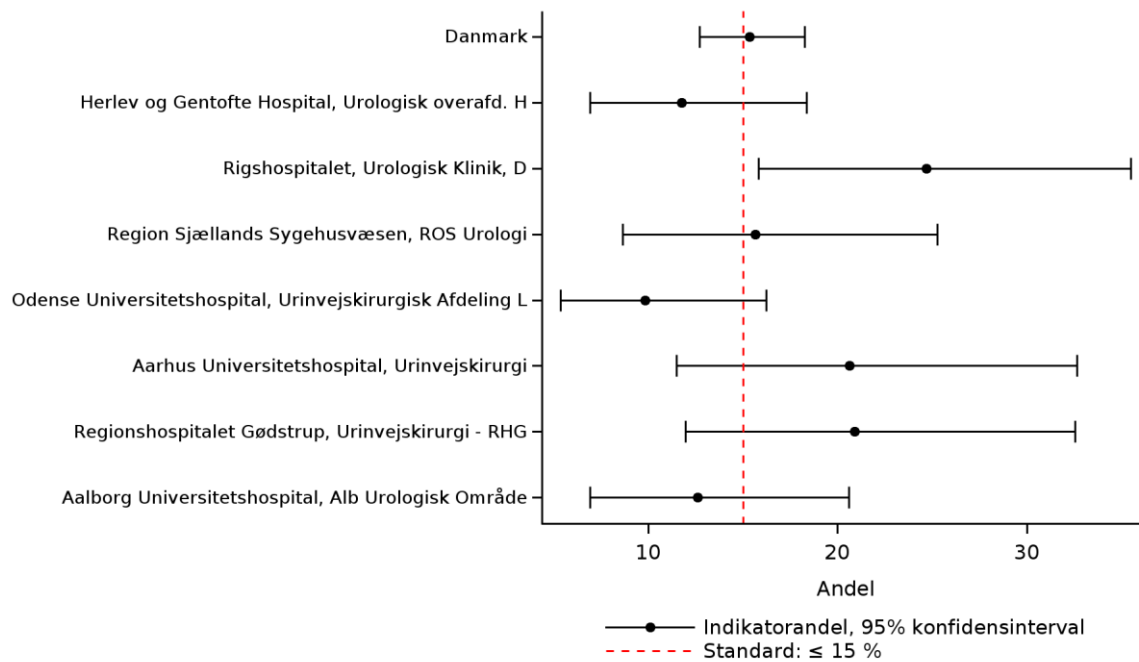
**Figur 2-1. Tumorpositive kirurgiske rande (pT2) for landet og på regionsniveau**

Indikator 2: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med tumorpositive kirurgiske rande. Kontrolldiagram på regionsniveau.



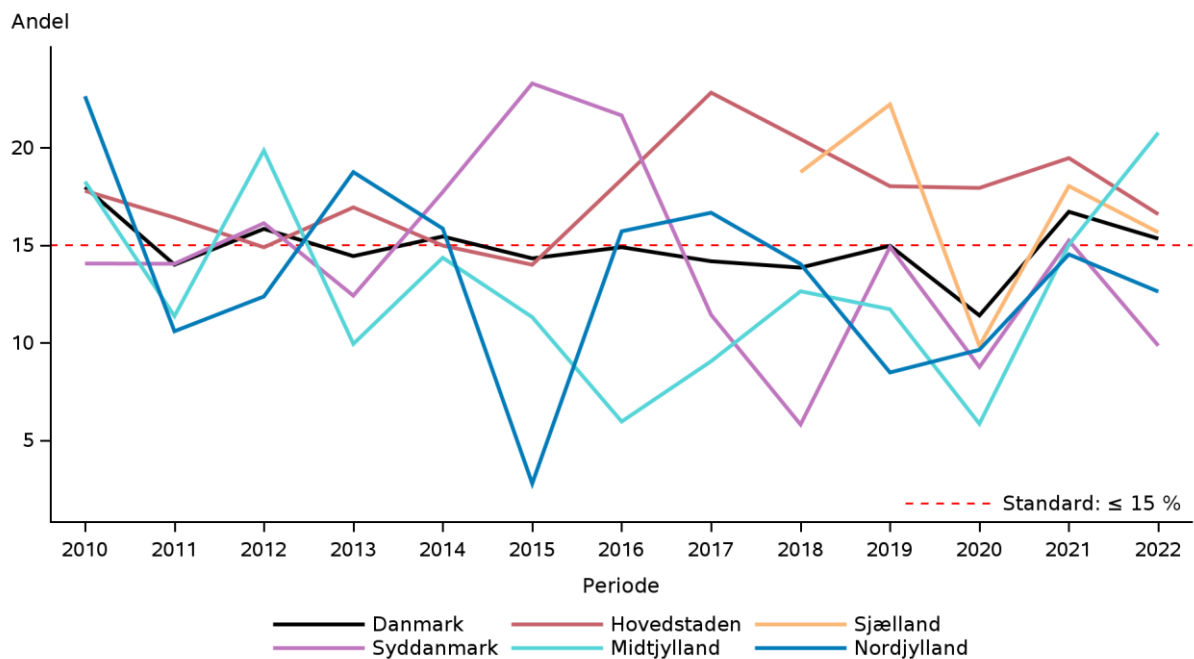
**Figur 2-2. Tumorpositive kirurgiske rande (pT2) per hospitalsafdeling**

Indikator 2: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med tumorpositive kirurgiske rande. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



**Figur 2-3. Trend i tumorpositive kirurgiske rande (pT2) på regionsniveau i perioden 2010 til 2021**

Indikator 2: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med tumorpositive kirurgiske rande. Trendgraf på regionsniveau.





## Indikator 3: Tumorpositive kirurgiske rande (pT3)

### *Datagrundlag og beregningsregler*

Indikator 3 beskriver andelen af patienter med postoperativt påviselige ekstraprostatisk (pT3) tumorer, som havde tumorpositive kirurgiske rande (R+) efter radikal prostatektomi.

### *Resultater*

På landsplan havde 181 af i alt 479 (38%) af patienter med pT3 tumorer tumorpositive kirurgiske rande efter radikal prostatektomi. Dette er lidt lavere end i 2021. Der er variation mellem landets regioner (fra 31% i Syddanmark til 44% i Hovedstaden), og den fastsatte standard på 40% er kun opfyldt i Sjælland, Syddanmark og Nordjylland. På afdelingsniveau er det Rigshospitalet (59%) og Aarhus Universitetshospital (53%), som har de højeste andele med positive rande (Figur 3.2).

### *Diskussion og implikationer*

Antallet af tumorpositive kirurgiske rande ved pT3 tumorer har de seneste år haft en fuldstændig ensartet udvikling, med en stigning fra 2018 til 2019 og et fælles fald i 2020, hvilket ledte til en nye højere standard. Denne understøttedes af niveauet i store internationale serier (Kang et al. 2020). Der er ikke kendte ændringer i datadefinitioner, som kan tænkes at bidrage til den fortsat høje og nogle steder stærkt stigende andel, men den kan være resultatet af en fortsat mere aggressiv kirurgisk behandlingsstrategi. Rigshospitalet og Aarhus Universitetshospital anbefales at auditere operationsindikation og teknik hos de mere end halvdelen af opererede pT3 patienter, som endte med tumorpositive kirurgiske rande.

Forventningen om at indførelse af diagnostisk MR-skanning ville optimere den præoperative information om tumorernes udbredelse (kliniske T-stadie) og dermed øge muligheden for at reducere andelen af tumorpositive kirurgiske rande, er således ikke slået igennem endnu.

### *Vurdering af indikatoren*

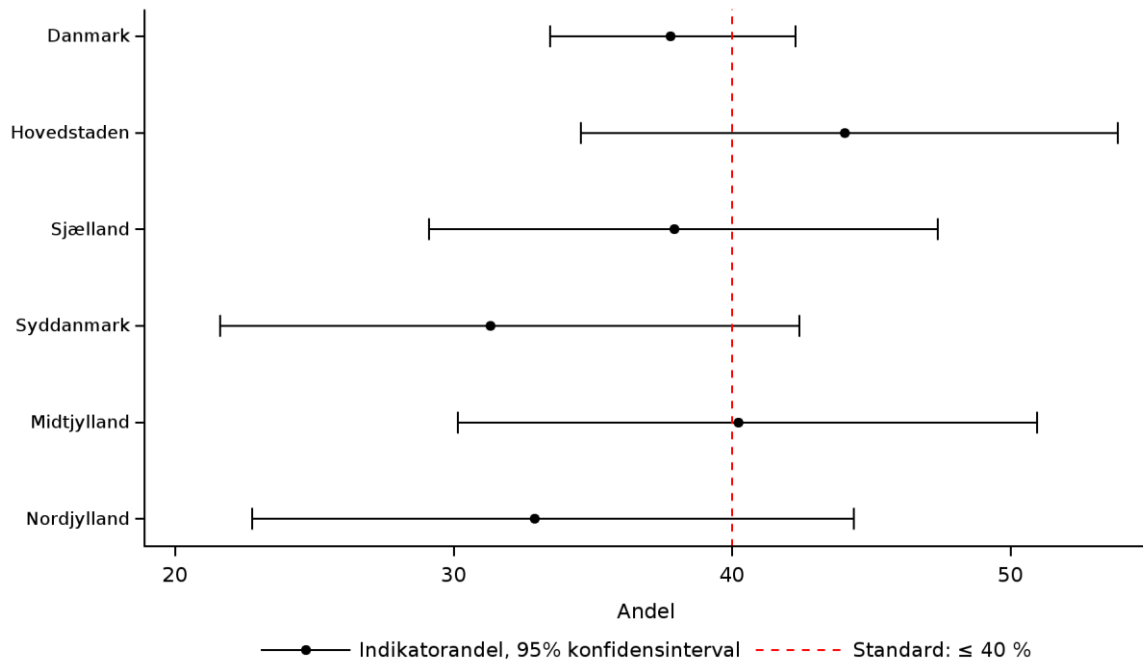
Frekvensen af patienter, som opereres "i sundt væv", anses for at udgøre en naturlig indikator for behandlingskvalitet. Det understøttes af at tumorpositive kirurgiske rande øge risikoen for biokemisk sygdomstilbagefald, som udover at kunne udvikle sig til en uhelbredelig tilstand ligeledes øger muligheden for efterfølgende bivirkningsfyldt salvage strålebehandling og supplerende endokrinterapi.

**Tabel 3. Tumorpositive kirurgiske rande (pT3)****Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med tumorpositive kirurgiske rande**

	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år 01.01.2022 - 31.12.2022		Tidligere år	
	≤ 40% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2021 Andel	2020 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	181 / 479	0 (0)	38	(33-42)	41	40
<b>Hovedstaden</b>	Nej	48 / 109	0 (0)	44	(35-54)	43	40
<b>Sjælland</b>	Ja	44 / 116	0 (0)	38	(29-47)	45	39
<b>Syddanmark</b>	Ja	26 / 83	0 (0)	31	(22-42)	40	41
<b>Midtjylland</b>	Nej	37 / 92	0 (0)	40	(30-51)	42	38
<b>Nordjylland</b>	Ja	26 / 79	0 (0)	33	(23-44)	34	40
<b>Hovedstaden</b>	Nej	48 / 109	0 (0)	44	(35-54)	43	40
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	24 / 68	0 (0)	35	(24-48)	43	40
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	24 / 41	0 (0)	59	(42-74)	44	41
<b>Sjælland</b>	Ja	44 / 116	0 (0)	38	(29-47)	45	39
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Ja	44 / 116	0 (0)	38	(29-47)	45	39
<b>Syddanmark</b>	Ja	26 / 83	0 (0)	31	(22-42)	40	41
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	26 / 83	0 (0)	31	(22-42)	40	41
<b>Midtjylland</b>	Nej	37 / 92	0 (0)	40	(30-51)	42	38
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Nej	25 / 47	0 (0)	53	(38-68)	46	35
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	Ja	12 / 45	0 (0)	27	(15-42)	36	42
<b>Nordjylland</b>	Ja	26 / 79	0 (0)	33	(23-44)	34	40
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	26 / 79	0 (0)	33	(23-44)	34	40

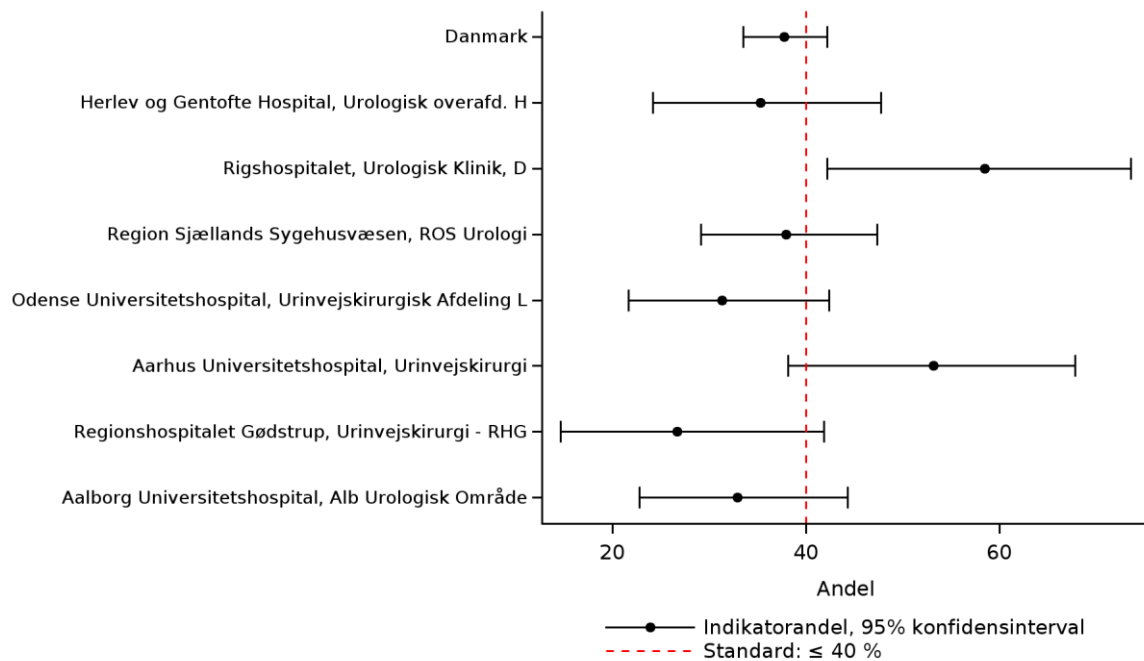
**Figur 3-1. Tumorpositive kirurgiske rande (pT3) for landet og på regionsniveau**

Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med tumorpositive kirurgiske rande. Kontrolldiagram på regionsniveau.



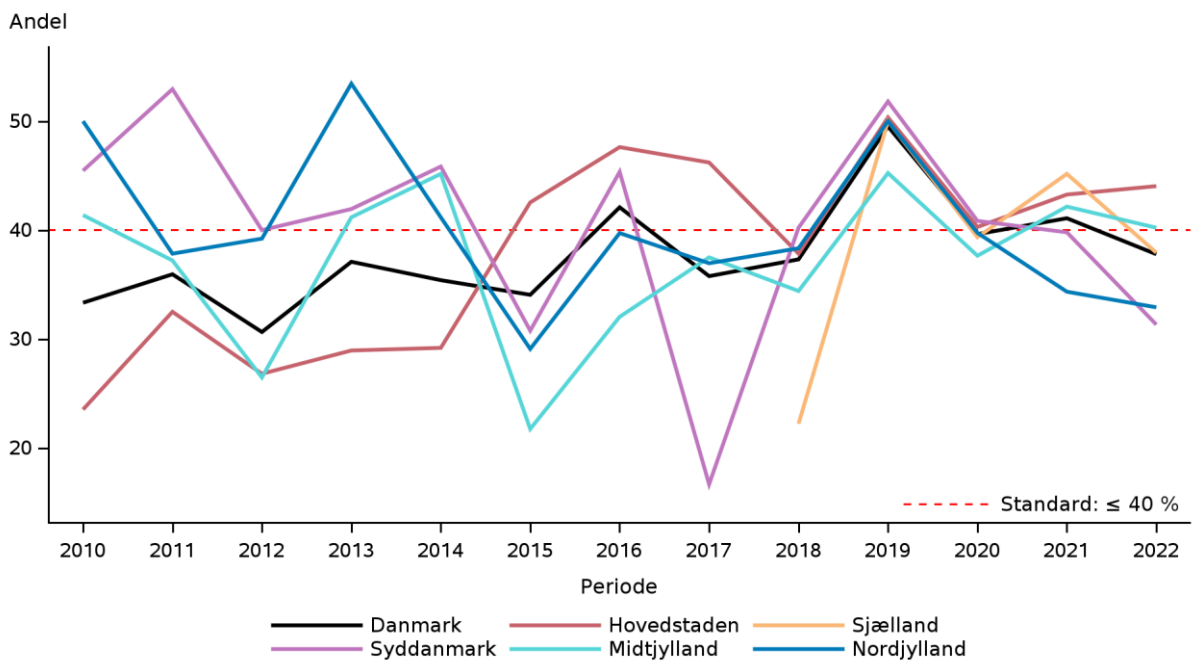
**Figur 3-2. Tumorpositive kirurgiske rande (pT3) per hospitalsafdeling**

Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med tumorpositive kirurgiske rande. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



**Figur 3-3. Trend i tumorpositive kirurgiske rande (pT3) på regionsniveau i perioden 2010 til 2021**

Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med tumorpositive kirurgiske rande. Trendgraf på regionsniveau.



## Indikator 4: Kirurgiske komplikationer

### *Datagrundlag og beregningsregler*

Denne indikator blev indført sidste år og søger at måle forekomsten af kirurgiske komplikationer efter radikal prostatektomi med en programmeret Clavien-Dindo score. Der anvendes i beregningen de specifikke registrerede komplikationer, se side 101. Indikatorberegningen er foretaget med LPR3 data fra årene 2019-2022. Beregningen forudsætter tre måneders opfølgningstid.

### *Resultater og diskussion*

For landet som helhed havde 5% (52/1063) af patienterne en Clavien-Dindo score på 3 eller højere. Andelen varierede fra 2% i Region Syddanmark til 7% i Region Midtjylland og Region Nordjylland. I Tabel 4 bemærkes således det sidste år et fald i væsentlige komplikationer i samtlige regioner. På afdelingsniveau ligger Regionshospitalet Gødstrup højest med 9%.

### *Vurdering af indikatoren*

Væsentlige komplikationer ved et elektivt operativt indgreb bør tilstræbes at ramme så få som muligt. Andelen af radikalt prostatektomerede patienter med Clavien-Dindo-grad  $\geq 3$  komplikationer indenfor 90 dage efter operationen har de sidste par år på landsplan ligget stabilt omkring 5%. Da der samtidig ikke er større regionale variationer, indføres der i 2023, i ønsket om et fælles udviklingsmål for de enkelte afdelinger, en standard på  $\leq 5\%$ . Niveaulet skønnes realistisk og opfyldtes allerede i 2022 af Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Syddanmark.

**Tabel 4. Kirurgiske komplikationer**

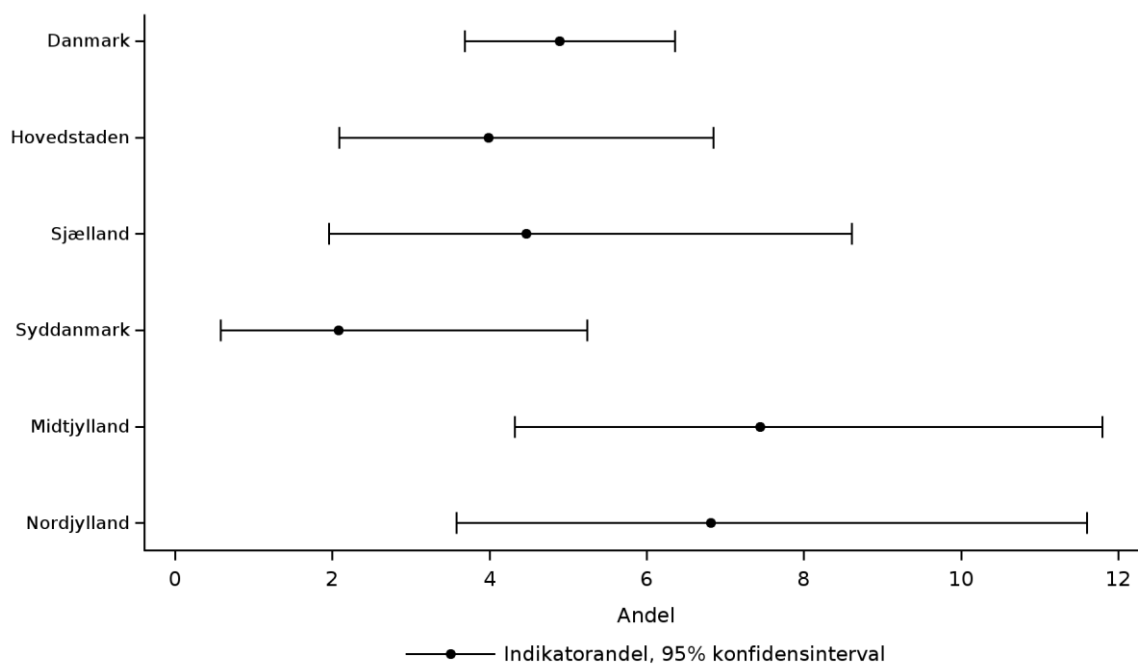
**Indikator 4: Andel af radikalt prostatektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi**

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2022 - 31.12.2022		Tidligere år	
				Andel	95% CI	2021 Andel	2020 Andel
<b>Danmark</b>		52 / 1.063	0 (0)	5	(4-6)	7	5
<b>Hovedstaden</b>		12 / 301	0 (0)	4	(2-7)	6	5
<b>Sjælland</b>		8 / 179	0 (0)	4	(2-9)	10	6
<b>Syddanmark</b>		4 / 192	0 (0)	2	(1-5)	5	4
<b>Midtjylland</b>		16 / 215	0 (0)	7	(4-12)	8	7
<b>Nordjylland</b>		12 / 176	0 (0)	7	(4-12)	9	4
<b>Hovedstaden</b>		12 / 301	0 (0)	4	(2-7)	6	5
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H		7 / 186	0 (0)	4	(2-8)	4	5
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D		5 / 115	0 (0)	4	(1-10)	11	6
<b>Sjælland</b>		8 / 179	0 (0)	4	(2-9)	10	6
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi		8 / 179	0 (0)	4	(2-9)	10	6
<b>Syddanmark</b>		4 / 192	0 (0)	2	(1-5)	5	4
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L		4 / 192	0 (0)	2	(1-5)	5	4
<b>Midtjylland</b>		16 / 215	0 (0)	7	(4-12)	8	7
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi		6 / 105	0 (0)	6	(2-12)	6	7
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG		10 / 110	0 (0)	9	(4-16)	9	8
<b>Nordjylland</b>		12 / 176	0 (0)	7	(4-12)	9	4

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.01.2022 - 31.12.2022		2021	2020
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område		12 / 176	0 (0)	7	(4-12)	9	4

**Figur 4-1. Kirurgiske komplikationer for landet og på regionsniveau**

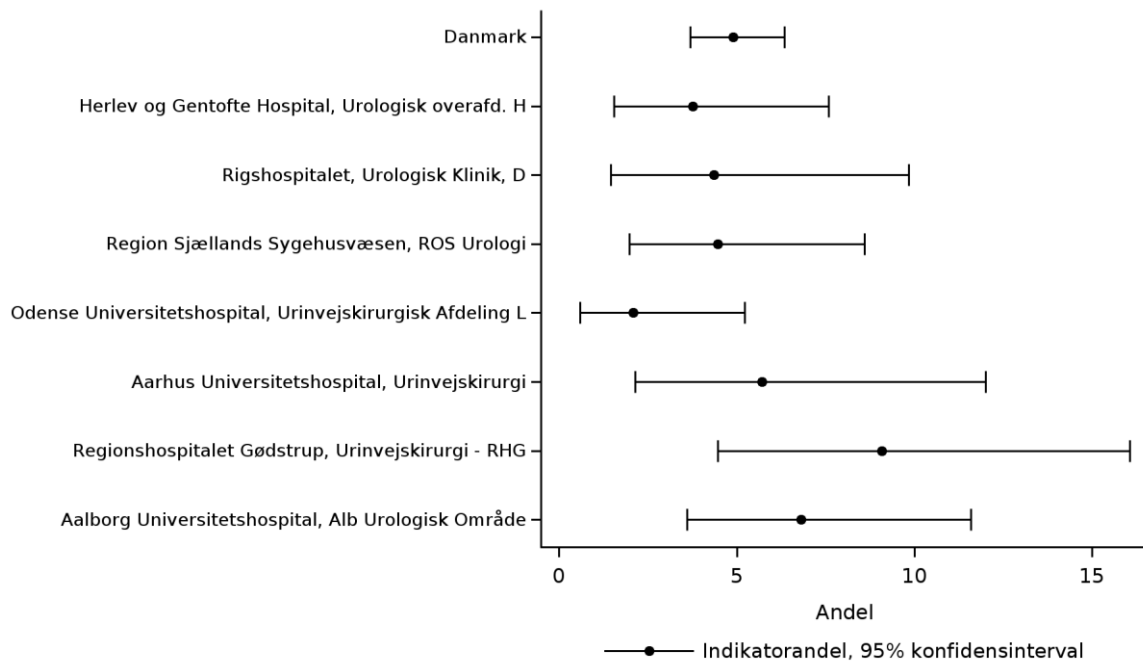
Indikator 4: Andel af radikalt prostektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostektomi. Kontrolldiagram på regionsniveau.





**Figur 4-2. Kirurgiske komplikationer per hospitalsafdeling**

Indikator 4: Andel af radikalt prostatektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



## Indikator 5: Lav risiko: kurativ behandling

### *Datagrundlag og beregningsregler*

Andelen af patienter vurderet i lav risiko, der påbegynder intenderet kurativ behandling, bør som udgangspunkt være meget lav, da det netop er denne patientgruppe, som risikerer at betale overbehandlingsprisen for aktiv og tidlig sygdomsopsporing. Ved valg af 2021 populationen sikres opfølgningstiden, ligesom en opgørelse efter blot tre måneders erkendt sygdom gør behandlingsindikationen uafhængig af anvendelse af MR-skanning af patienter i active surveillance.

### *Resultater*

Antallet af patienter diagnosticeret med lavrisikosygdom var 424 i 2021. Heraf modtog 5% behandling inden for tre måneder efter diagnosen, og standarden er opfyldt på landsplan. Der var en betydelig regional variation med behandlingsandele mellem 0% og 13%. Andelen var særligt høj på Rigshospitalet (23%), som var landets eneste hospital, hvor standarden ikke var opfyldt.

### *Diskussion og implikationer*

Da de kliniske retningslinjer aktuelt anbefaler behandling trods lavrisikosygdom ved >2 tumorpositive nålebiopsier, kan fortolkning og efterlevelse heraf være bidragende til den regionale variation. Desuden har Rigshospitalet varetaget overvågning af Region Hovedstadens mænd med BRCA genvarianter og dermed i forhøjet risiko for at udvikle kræft og død heraf. Dette kan have bidraget til den højere behandlingsfrekvens sammenlignet med Herlev og Gentofte Hospital, men behandlingsaktiviteten er fortsat høj i Region Hovedstaden sammenlignet med det øvrige land.

### *Vurdering af indikatoren*

Da andelen af patienter i EAU lavrisikogruppe, der behandles indenfor 90 dage efter diagnose, de sidste par år på landsplan har ligget stabilt omkring 5% og dermed væsentligt under den eksisterende standard, ønskes denne fra næste årsrapport nedsat til  $\leq 5\%$ . Niveaueet skønnes realistisk og opfyldtes allerede i 2022 af Region Sjælland, Region Nordjylland og Region Syddanmark. Den nedsatte standard understøttes af forventningerne til den efterhånden afsluttede implementering af den diagnostiske MR-skanning og dermed en optimeret kvalitet af den initiale risikovurdering, hvilket igen bør resultere i en endnu lavere behandlingsfrekvens blandt langt færre forekommende lavrisikopatienter. Det stadig større kliniske fokus på betydningen af genetiske varianter i forhold til diagnose og behandling begrundes af flere grunde målet om i fremtiden at kunne redegøre for omfang og karakteristika af denne population.

**Tabel 5. Lav risiko: kurativ behandling**

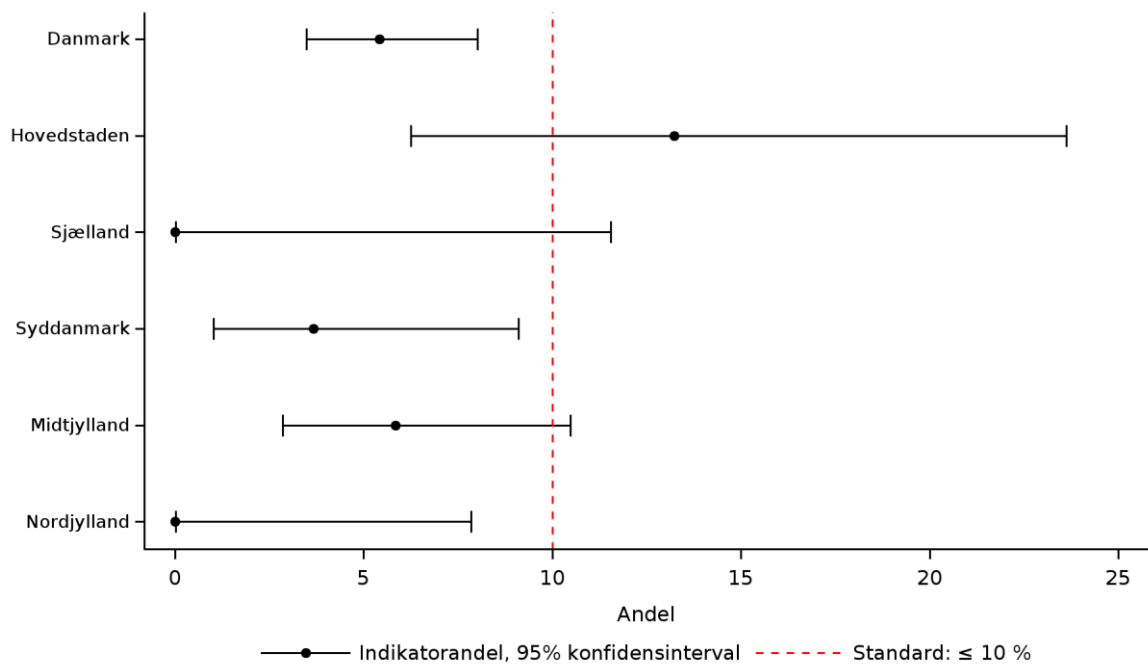
**Indikator 5: Andel af patienter i EAU lavrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 90 dage efter diagnose**

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 10% opfyldt			01.01.2021 - 31.12.2021	2020	2019	Andel
				Andel	95% CI	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	23 / 424	0 (0)	5	(3-8)	5	4
<b>Hovedstaden</b>	Nej	9 / 68	0 (0)	13	(6-24)	17	10
<b>Sjælland</b>	Ja	0 / 30	0 (0)	0	(0-12)	2	2
<b>Syddanmark</b>	Ja	4 / 109	0 (0)	4	(1-9)	6	8
<b>Midtjylland</b>	Ja	10 / 171	0 (0)	6	(3-10)	3	1
<b>Nordjylland</b>	Ja	0 / 45	0 (0)	0	(0-8)	0	0
<b>Hovedstaden</b>	Nej	9 / 68	0 (0)	13	(6-24)	17	10
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	0 / 29	0 (0)	0	(0-12)	0	0
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	9 / 39	0 (0)	23	(11-39)	32	26
<b>Sjælland</b>	Ja	0 / 30	0 (0)	0	(0-12)	2	2
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Ja	0 / 30	0 (0)	0	(0-12)	2	2
<b>Syddanmark</b>	Ja	4 / 109	0 (0)	4	(1-9)	6	8
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	##/##	0 (0)	8	(1-25)	3	16
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Urologisk Afdeling	Ja	0 / 30	0 (0)	0	(0-12)	7	0
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejsklinikken	Ja	0 / 13	0 (0)	0	(0-25)	0	0
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	Ja	##/##	0 (0)	5	(1-17)	9	10
<b>Midtjylland</b>	Ja	10 / 171	0 (0)	6	(3-10)	3	1

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 10% opfyldt		antal (%)	01.01.2021 - 31.12.2021 Andel 95% CI	2020 Andel	2019 Andel	
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Ja	#/#	0 (0)	10	(4-17)	4	2
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	Ja	#/#	0 (0)	1	(0-7)	1	0
<b>Nordjylland</b>	Ja	0 / 45	0 (0)	0	(0-8)	0	0
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	0 / 34	0 (0)	0	(0-10)	0	0
Regionshospital Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)	Ja	0 / 11	0 (0)	0	(0-28)	0	0
<b>Privathospitaler</b>							
Privathospitaler/ speciallæger	Ja	#/#	0 (0)	0	(0-98)	0	0

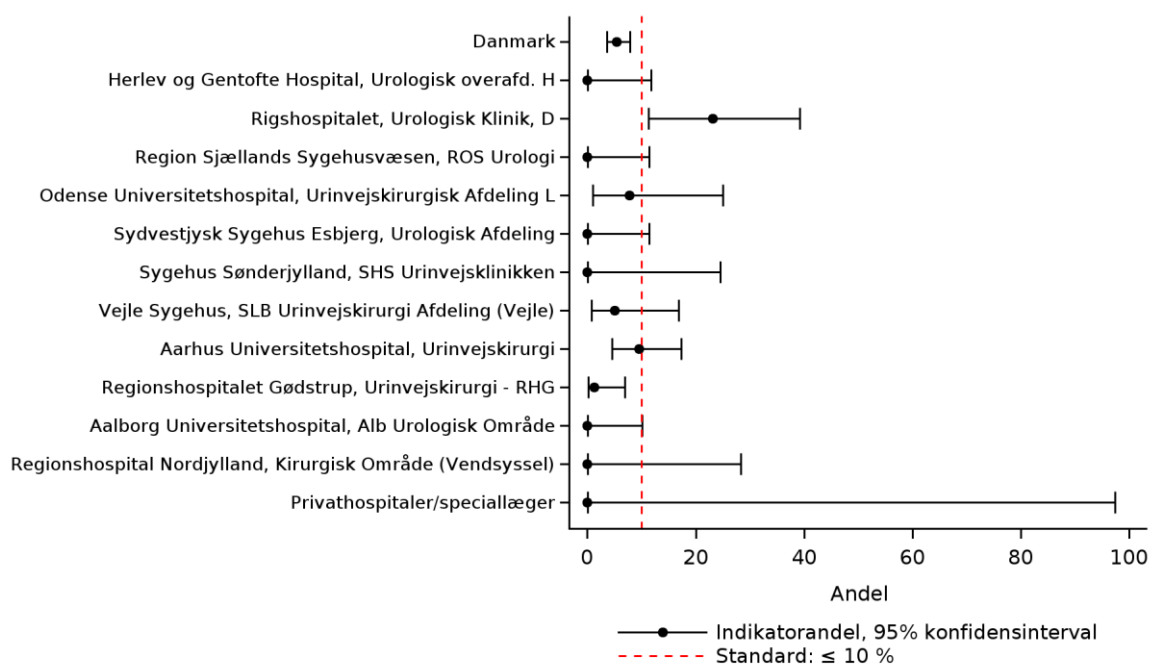
**Figur 5-1. Andel af patienter i lav risiko, der starter kurativ behandling**

Indikator 5: Andel af patienter i EAU lavrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brakyterapi indenfor 90 dage efter diagnose. Kontrolldiagram på regionsniveau.



**Figur 5-2. Andel af patienter i lav risiko, der starter kurativ behandling.**

Indikator 5: Andel af patienter i EAU lavrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brakyterapi indenfor 90 dage efter diagnose. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



## Indikator 6: Høj risiko: kurativ behandling

### *Datagrundlag og beregningsregler*

Indikator 5 og 6 er baseret på TNM fra Landspatientregisteret.

Andelen af patienter vurderet i høj risiko, der påbegynder intenderet kurativ behandling, bør som udgangspunkt være høj, da det netop er denne patientgruppe, som risikerer at udvikle uhelbredelig avanceret sygdom. Datagrundlaget er frem til og med sidste hele kalenderår (2021).

### *Resultater*

Antallet af patienter diagnosticeret med højrisikosygdom var 1.516 i 2021. Heraf modtog 67% behandling inden for tre måneder efter diagnosen, og standarden er derfor opfyldt på landsplan. Andelen var lavest i Region Syddanmark (59%), der som den eneste ikke opfylder standarden. I denne region var det Odense og Sønderborg, der var ansvarlige for de lave andele (50% og 49%) og manglende målopfyldelse.

### *Diskussion og implikationer*

Patienter vurderet i højrisiko vil ubehandlet progrediere til uhelbredelig sygdom, hvorfor andelen af disse, som påbegynder intenderet kurativ behandling, bør være høj. Dette dog under forudsætning af at de i øvrigt honorerer kravene hertil i henhold til de aktuelle landsdækkende kliniske retningslinjer på området. Resultaterne kan være påvirket af evt. variation i komorbiditet, forventet restlevetid og andre karakteristika, som kan være udslagsgivende for behandlingsindikationen. Man anbefales på Odense Universitetshospital at foretage intern auditering af årsagen til de mange ikke-behandlede patienter.

### *Vurdering af indikatoren*

Alle regioner på nær Region Syddanmark opfylder den eksisterende standard (> 60%), hvorfor denne fra næste år i et udviklingsmål øges til  $\geq 70\%$ , hvilket allerede ville være opfyldt i Region Midtjylland og Region Hovedstaden.

**Tabel 6. Høj risiko: kurativ behandling**

Indikator 6: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose

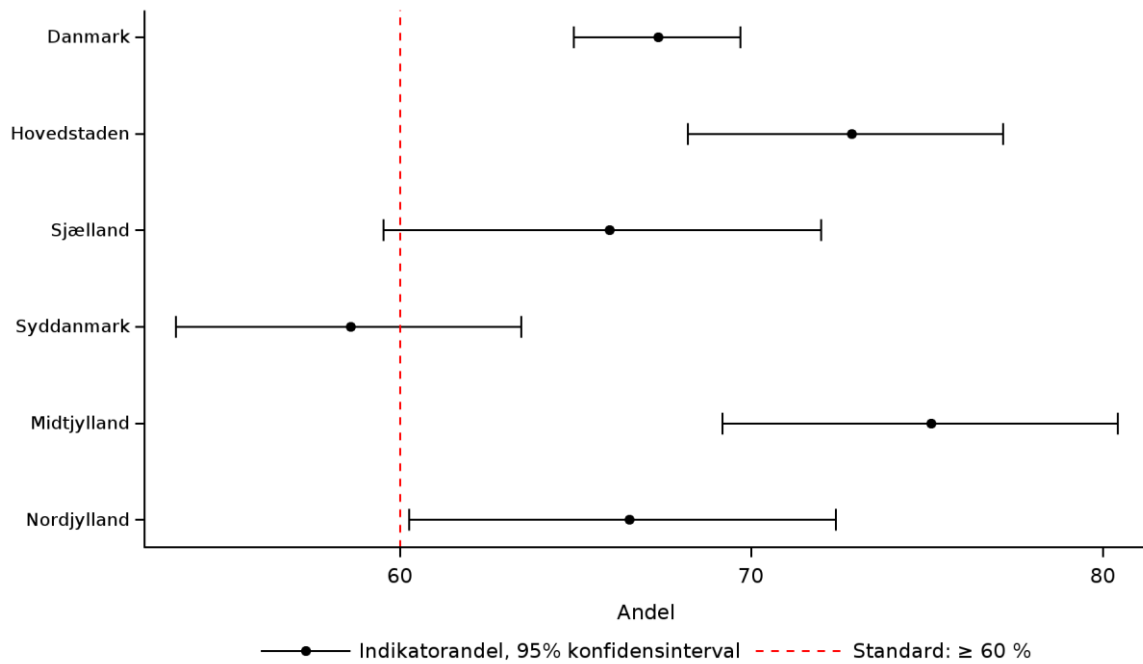
	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år 01.01.2021 - 31.12.2021		Tidligere år	
	≥ 60% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2020 Andel	2019 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	1.021 / 1.516	0 (0)	67	(65-70)	66	64
<b>Hovedstaden</b>	Ja	287 / 394	0 (0)	73	(68-77)	72	68
<b>Sjælland</b>	Ja	155 / 235	0 (0)	66	(60-72)	61	56
<b>Syddanmark</b>	Nej	235 / 401	0 (0)	59	(54-63)	60	58
<b>Midtjylland</b>	Ja	181 / 241	0 (0)	75	(69-80)	67	72
<b>Nordjylland</b>	Ja	163 / 245	0 (0)	67	(60-72)	70	69
<b>Hovedstaden</b>	Ja	287 / 394	0 (0)	73	(68-77)	72	68
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	Nej	0 / 4	0 (0)	0	(0-60)	0	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	191 / 261	0 (0)	73	(67-78)	75	72
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Ja	96 / 129	0 (0)	74	(66-82)	70	62
<b>Sjælland</b>	Ja	155 / 235	0 (0)	66	(60-72)	61	56
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Ja	155 / 235	0 (0)	66	(60-72)	61	56
<b>Syddanmark</b>	Nej	235 / 401	0 (0)	59	(54-63)	60	58
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Nej	90 / 180	0 (0)	50	(42-58)	58	58
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Urologisk Afdeling	Ja	46 / 71	0 (0)	65	(53-76)	52	55
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejsklinikken	Nej	23 / 47	0 (0)	49	(34-64)	69	51
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	Ja	76 / 103	0 (0)	74	(64-82)	63	65



	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 60%			01.01.2021 - 31.12.2021		2020	2019
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
<b>Midtjylland</b>	Ja	181 / 241	0 (0)	75	(69-80)	67	72
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Ja	89 / 126	0 (0)	71	(62-78)	69	71
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	Ja	92 / 115	0 (0)	80	(72-87)	65	72
Nordjylland	Ja	163 / 245	0 (0)	67	(60-72)	70	69
<b>Aalborg</b>	Ja	123 / 184	0 (0)	67	(60-74)	74	73
Universitetshospital, Alb Urologisk Område							
Regionshospital Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)	Ja	40 / 61	0 (0)	66	(52-77)	58	61

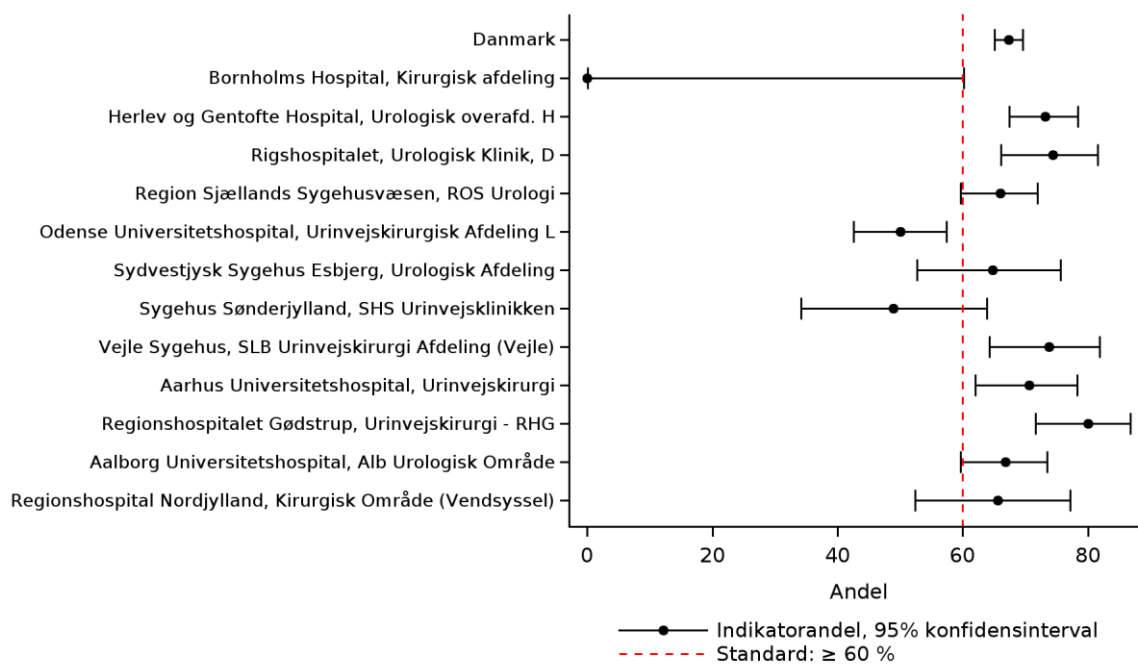
**Figur 6-1. Andel af patienter i EAU højrisiko gruppe, der behandles kirurgisk eller med kurativ stråleterapi indenfor 6 måneder, for landet og på regionsniveau.**

Indikator 6: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brakyterapi indenfor 180 dage efter diagnose. Kontrolldiagram på regionsniveau.



**Figur 6-2. Andel af patienter i EAU højrisiko gruppe, der behandles kirurgisk eller med kurativ stråleterapi indenfor 6 måneder, per hospitalsafdeling**

Indikator 6: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brakyterapi indenfor 180 dage efter diagnose. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



## Indikator 7: MR-aktivitet

### *Datagrundlag og beregningsregler*

Denne indikator er baseret på registrering af MR-undersøgelser i Landspatientregisteret.

### *Resultater*

Andel af patienter diagnosticeret med prostatacancer, som har fået foretaget en MR-skanning (UXMD\*) ved diagnose (+/- 30dg) var 52% i 2022, hvilket er en markant stigning fra forrige år (29%).

Andelen med MR-skanning er steget i alle landets regioner, og i modsætning til 2021, er der i 2022 ikke stor variation mellem regionerne.

På afdelingsniveau (Figur 7-1) er det særligt Bornholm, Rigshospitalet, Sønderborg, Vendsyssel og privathospitalerne, som havde lav anvendelse af MR.

### *Diskussion og implikationer*

MR-aktiviteten afspejler en efterhånden opfyldt implementering af den nye diagnostiske strategi. Da man af forskningsbaserede årsager på Herlev-Gentofte Hospital har flere års erfaring med MR-baseret diagnostik, vil andelen af skannede patienter her naturligt udgøre et udviklingsmål og standard fastsættes derfor til  $\geq 60\%$ . Da det udelukkende er potentielt helbredelige patienter, som anbefales udredt med MR-skanning, forventes standarden ikke at kunne blive meget højere i fremtiden. Blot to patienter udredt på privathospitaler har fået foretaget den anbefalede udredning med præbiptisk MR-skanning.

Kvaliteten af den nye og meget ressourcekrævende diagnostiske strategi kan imidlertid ikke monitoreres uden indberetning af den radiologiske 5-trins PI-RADS-score. Se Indikator 8.

Hvor mange mænd, der fik foretaget en MR-skanning, og herefter fritaget for yderligere diagnostiske tiltag eller uden tumorfund ved bioptering, er ukendt. Man bør derfor eksplorere omfang og karakteristika af den forventede store MR-negative population, som ikke får stillet diagnosen prostatakræft.

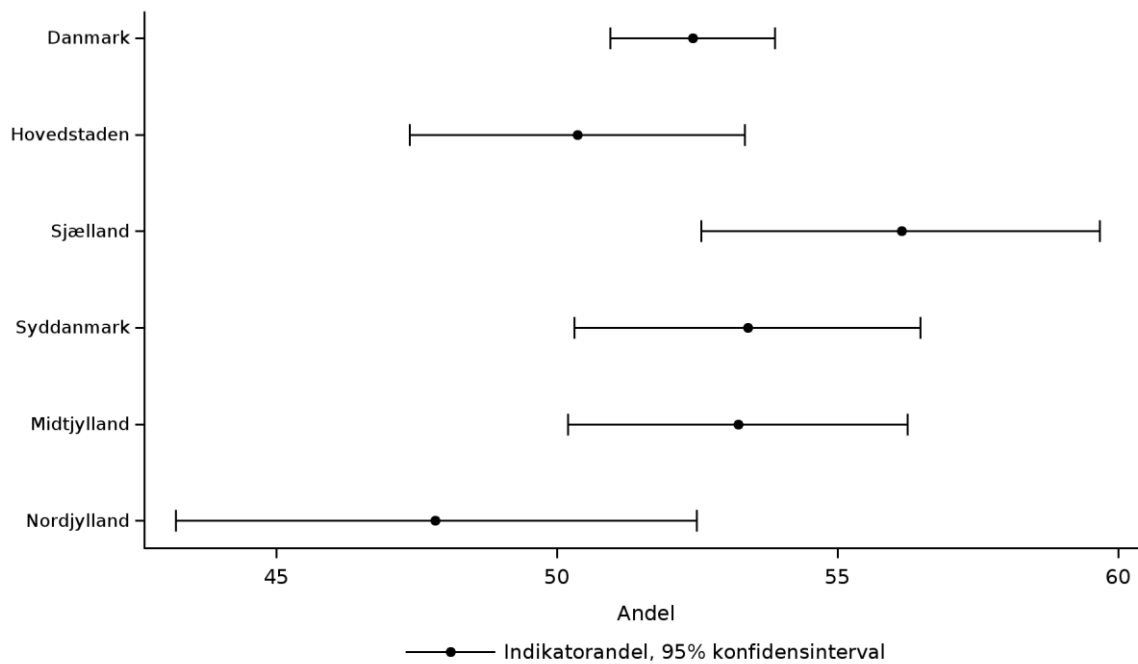
**Tabel 7. MR-aktivitet.****Indikator 7: Andel af prostatacancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD\*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg)**

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.01.2022 - 31.12.2022 Andel	95% CI	2021 Andel	2020 Andel
<b>Danmark</b>		2.329 / 4.443	0 (0)	52	(51-54)	29	22
<b>Hovedstaden</b>		555 / 1.102	0 (0)	50	(47-53)	48	48
<b>Sjælland</b>		434 / 773	0 (0)	56	(53-60)	26	12
<b>Syddanmark</b>		549 / 1.028	0 (0)	53	(50-56)	25	20
<b>Midtjylland</b>		568 / 1.067	0 (0)	53	(50-56)	27	10
<b>Nordjylland</b>		221 / 462	0 (0)	48	(43-53)	9	6
<b>Hovedstaden</b>		555 / 1.102	0 (0)	50	(47-53)	48	48
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling		0 / 13	0 (0)	0	(0-25)	0	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H		455 / 740	0 (0)	61	(58-65)	60	59
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D		100 / 349	0 (0)	29	(24-34)	22	23
<b>Sjælland</b>		434 / 773	0 (0)	56	(53-60)	26	12
Region Sjællands Sygehusvæsen, NAE Urologi		##	0 (0)	0	(0-98)	-	-
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi		##	0 (0)	56	(53-60)	26	12
<b>Syddanmark</b>		549 / 1.028	0 (0)	53	(50-56)	25	20
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L		255 / 488	0 (0)	52	(48-57)	27	26
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Urologisk Afdeling		168 / 277	0 (0)	61	(55-66)	36	36
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejsklinikken		##	0 (0)	5	(0-26)	11	10

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal	01.01.2022 - 31.12.2022		2021	2020
			(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)		##	0 (0)	51	(45-58)	18	6
<b>Midtjylland</b>		568 / 1.067	0 (0)	53	(50-56)	27	10
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi		326 / 592	0 (0)	55	(51-59)	25	14
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG		242 / 475	0 (0)	51	(46-56)	29	5
<b>Nordjylland</b>		221 / 462	0 (0)	48	(43-53)	9	6
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område		##	0 (0)	54	(49-59)	12	8
Regionshospital Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)		##	0 (0)	4	(0-13)	2	1
<b>Privathospitaler</b>							
Privathospitaler/speciall æger		##	0 (0)	18	(2-52)	31	0

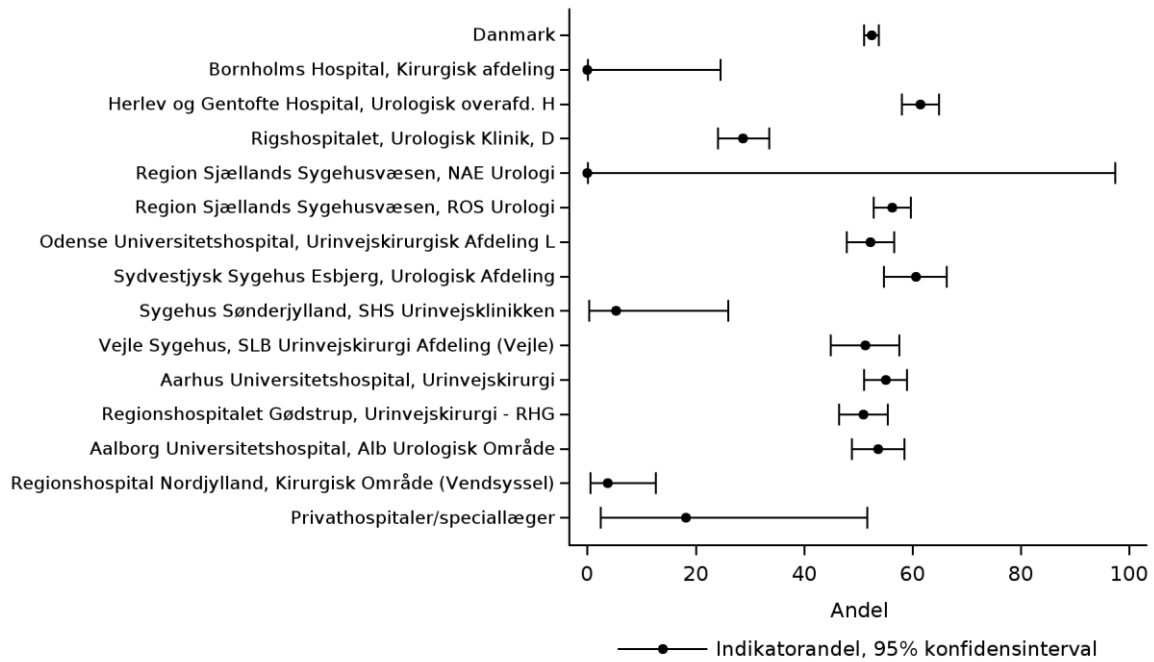
**Figur 7-1. Andel af patienter med MR-aktivitet, for landet og på regionsniveau.**

Indikator 7: Andel af prostatacancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD\*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg).  
Kontrolldiagram på regionsniveau.



**Figur 7-2. Andel af patienter med MR-aktivitet, på afdelingsniveau.**

Indikator 7: Andel af prostatacancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD\*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg).  
Kontrolidiagram på afdelingsniveau.





## Indikator 8: PI-RADS score ved MR

### *Datagrundlag og beregningsregler*

PI-RADS scoren fra MR-undersøgelsen er et vigtigt datum. Landspatientregisteret giver mulighed for, at denne information kan indberettes og anvendes i kvalitetsarbejdet, og der er i 2022 begyndt at flyde PI-RADS data til Landspatientregisteret.

### *Resultater*

Region Nordjylland har succesfuldt indberettet PI-RADS score for 25% af patienterne med en MR-undersøgelse.

### *Diskussion*

Man har i Region Nordjylland vist vejen for den ønskede indberetning af PI-RADS scoren. Denne er, ligesom den histopatologiske ISUP-gradering, en helt grundlæggende markør for dels hvilke patienter, der skal udredes med biopsier, dels følges med observation eller tilbydes primær behandling. Kvaliteten af den nye og meget ressourcekrævende diagnostiske strategi kan således ikke monitoreres, så længe den radiologiske 5-trins PI-RADS-score ikke indberettes af landets øvrige radiologiske afdelinger. Der blev allerede i 2020 oprettet SKS koder herfor.

Da PI-RADS score 3 læsioner udgør en gråzoneværdi, hvor bioptering ikke altid kan anbefales, udgør scoren et klart fingerpeg for kvaliteten af den radiologiske afdelings bedømmelse af MR-skanningerne. Ved PI-RADS score 1-3 læsioner anbefales udelukkende biopsi i tilfælde af en samtidig PSA-densitet  $> 0,15$ . PSA-densiteten er PSA-værdien i forhold til prostatas volumen. Det sidste udregnes og anføres ligeledes i skanningsbeskrivelserne og vil fremover være en værdifuld indberettet variabel. De mange helt afgørende data fremgår af MDT-konferencenotaterne, og vil være en oplagt datakilde til de centrale registre.

MR-skanning indgår som en stadig mere betydningsfuld del af active surveillance af lav- og middelrisiko patienter, og der ønskes i fremtiden en opmærksomhed på denne aktivitet.

Hvor mange mænd, der fik foretaget en MR-skanning og herefter fritaget for yderligere diagnostiske tiltag eller var uden tumorfund ved bioptering, er ukendt. Man bør derfor eksplorere omfang og karakteristika af den forventede store MR-negative population, som ikke får stillet diagnosen prostatakræft.

**Tabel 8. PI-RADS score ved MR-aktivitet.**

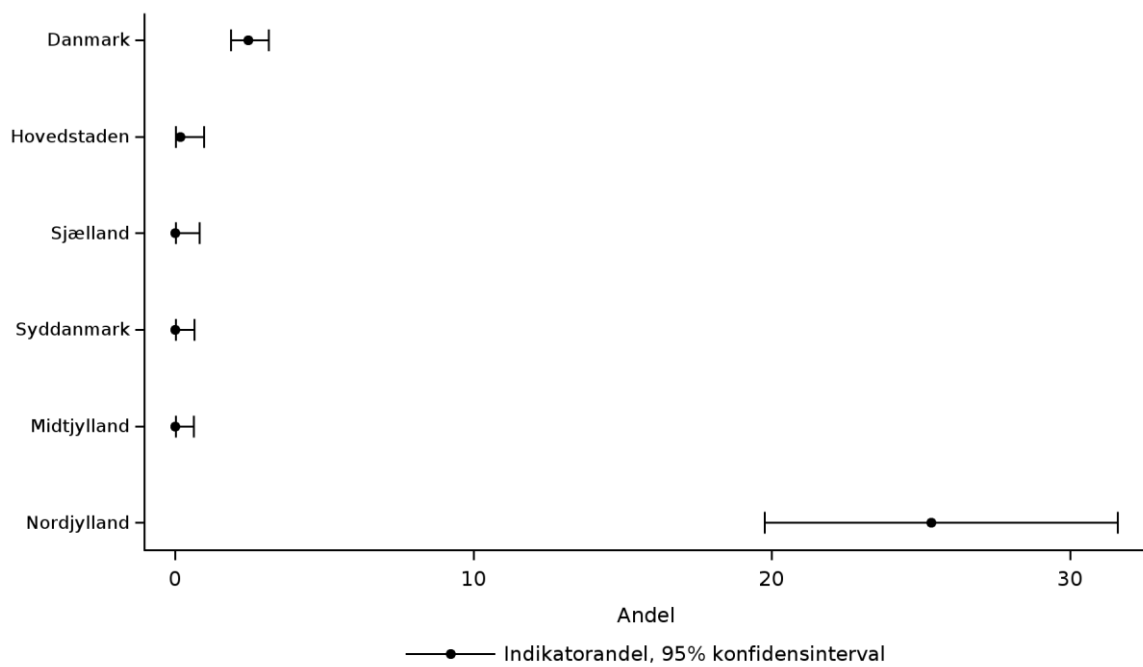
Indikator 8: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD\*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået registreret PI-RADS-score

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	01.01.2022 - 31.12.2022 Andel	95% CI	2021 Andel	2020 Andel
<b>Danmark</b>		57 / 2.329	0 (0)	2	(2-3)	0	0
<b>Hovedstaden</b>		##	0 (0)	0	(0-1)	0	0
<b>Sjælland</b>		##	0 (0)	0	(0-1)	0	0
<b>Syddanmark</b>		0 / 549	0 (0)	0	(0-1)	0	0
<b>Midtjylland</b>		0 / 568	0 (0)	0	(0-1)	0	0
<b>Nordjylland</b>		56 / 221	0 (0)	25	(20-32)	0	0
<b>Hovedstaden</b>		##	0 (0)	0	(0-1)	0	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H		##	0 (0)	0	(0-1)	0	0
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D		##	0 (0)	0	(0-4)	0	0
<b>Sjælland</b>		##	0 (0)	0	(0-1)	0	0
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi		##	0 (0)	0	(0-1)	0	0
<b>Syddanmark</b>		0 / 549	0 (0)	0	(0-1)	0	0
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L		0 / 255	0 (0)	0	(0-1)	0	0
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Urologisk Afdeling		0 / 168	0 (0)	0	(0-2)	0	0
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejsklinikken		##	0 (0)	0	(0-98)	0	0
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)		##	0 (0)	0	(0-3)	0	0
<b>Midtjylland</b>		0 / 568	0 (0)	0	(0-1)	0	0

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal	01.01.2022 - 31.12.2022		2021	2020
			(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi		0 / 326	0 (0)	0	(0-1)	0	0
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG		0 / 242	0 (0)	0	(0-2)	0	0
<b>Nordjylland</b>		56 / 221	0 (0)	25	(20-32)	0	0
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område		##/##	0 (0)	25	(20-31)	0	0
Regionshospitalet Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)		##/##	0 (0)	50	(1-99)	0	0
<b>Privathospitaler</b>							
Privathospitaler/speciall æger		##/##	0 (0)	0	(0-84)	0	-

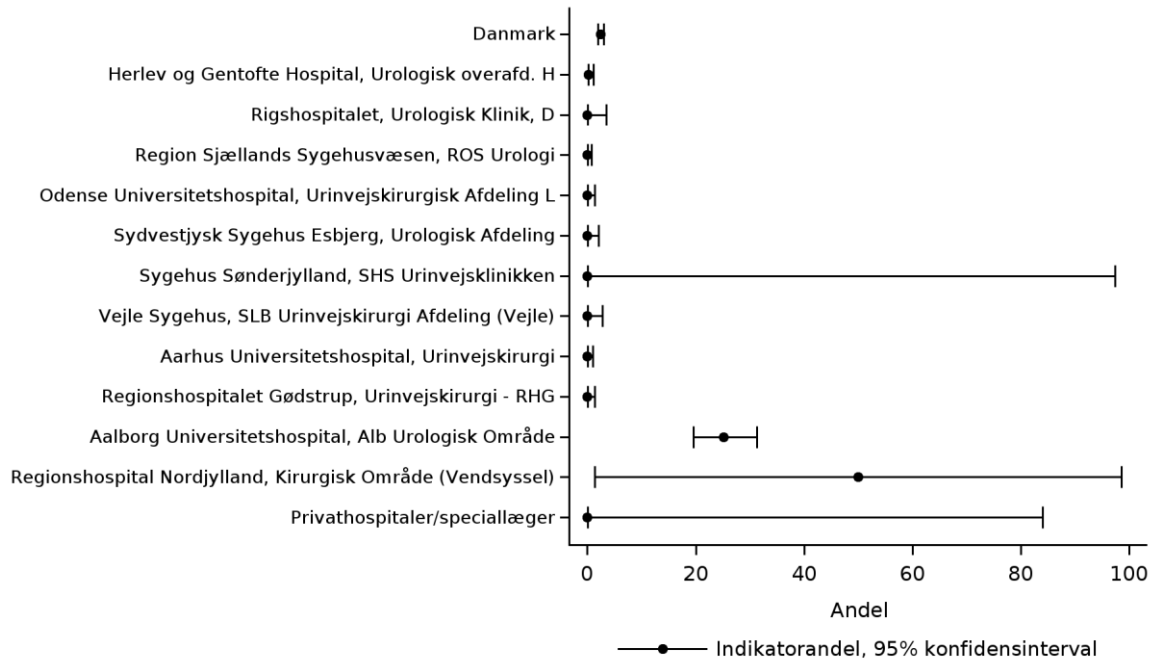
**Figur 8-1. Andel af patienter med PI-RADS score ved MR-aktivitet, for landet og på regionsniveau.**

Indikator 8: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD\*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået registreret PI-RADS-score. Kontrolldiagram på regionsniveau.



**Figur 8-2. Andel af patienter med PI-RADS score ved MR-aktivitet, på afdelingsniveau.**

Indikator 8: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD\*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået registreret PI-RADS-score. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



## Indikator 9: MDT-aktivitet

### *Datagrundlag og beregningsregler*

I denne indikator beskrives, om afholdelse af MDT-konference er registreret i Landspatientregisteret. Variation i indikatoren kan både skyldes, om MDT faktisk er afholdt, og om aktiviteten er registreret.

### *Resultater*

Andel af patienter med registreret MDT-aktivitet (ZZ0190D) ved diagnose (+/- 60dg) udgør på landsplan 44%. Tallene er stort set uforandrede i forhold til 2021. Den regionale variation er ekstremt høj og dækkede spændet 1% i Region Sjælland til 92% i Region Midtjylland.

### *Diskussion og implikationer*

Den lave rate i Region Sjælland skyldes en IT-relateret problemstilling i Sundhedsplatformen i relation til indberetning til LPR3. Ud over forskelle i registrering foreligger der en meget betydelig variation i anvendelse af MDT-konference behandlingscentrene imellem, hvor man nogle steder systematisk medtager alle nydiagnosticerede patienter, mens andre udvælger en mindre delmængde heraf. Det er vigtigt at understrege, at registreringen afspejler en aktivitet, men antyder i sin nuværende form intet om den reelle kvalitet heraf.

Det anbefales desuden på sigt, at data vedrørende MDT-indsatsen vurderes i forhold til risikoscoren på diagnosetidspunktet samt efterfølgende behandlinger. Det vil ligeledes være vigtigt at få et indblik i omfanget af efterlevelse af MDT-behandlingsanbefalingerne.

Et DMCG-udvalg for tværgående indikatorer arbejder aktuelt for en meningsfuld monitorering af MDT-aktiviteten.

Helt overordnet udgør de klinisk vigtige MDT-konferencer et datamæssigt "epicenter" for de mangeartede og detaljerede kliniske karakteristika, som ud over behandlingsvalg har afgørende prognostisk som prædiktiv værdi. De mange helt afgørende data fremgår af MDT-konferencenotaterne, som, opsat i standardiseret format, vil udgøre en oplagt datakilde for de centrale registre.

**Tabel 9. MDT-aktivitet.**

Indikator 9: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med registreret MDT-aktivitet (ZZ0190D) ved diagnose (+/- 60dg)

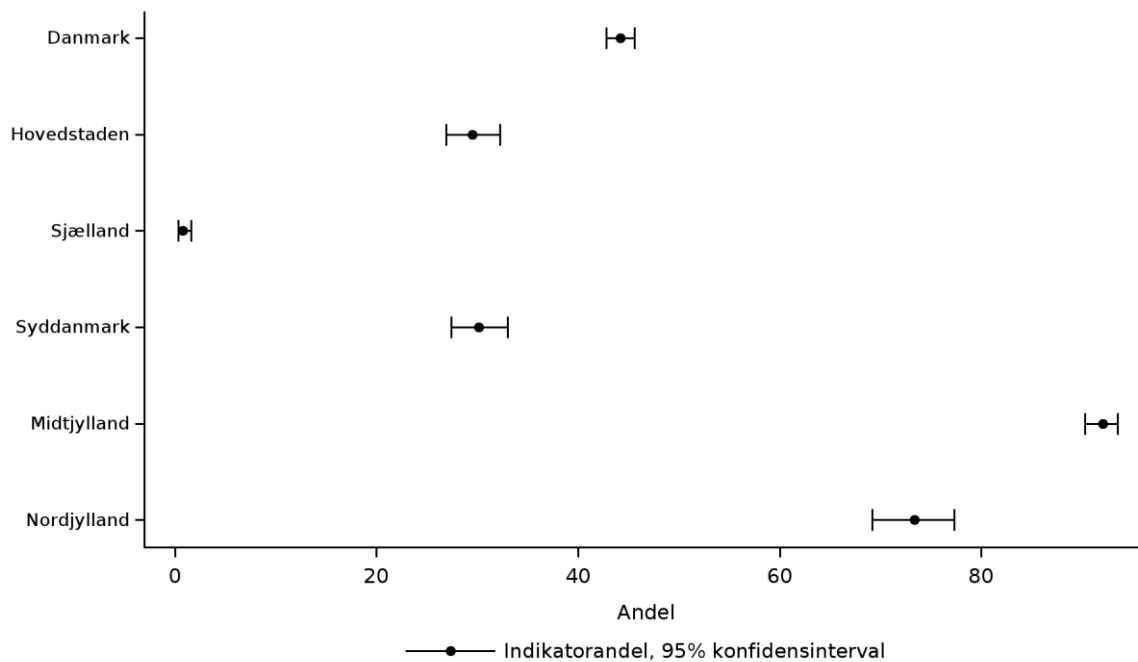
	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.01.2022 - 31.12.2022 Andel	95% CI	2021 Andel	2020 Andel
<b>Danmark</b>		1.963 / 4.443	0 (0)	44	(43-46)	45	45
<b>Hovedstaden</b>		325 / 1.102	0 (0)	29	(27-32)	29	29
<b>Sjælland</b>		6 / 773	0 (0)	1	(0-2)	1	2
<b>Syddanmark</b>		310 / 1.028	0 (0)	30	(27-33)	28	28
<b>Midtjylland</b>		982 / 1.067	0 (0)	92	(90-94)	93	94
<b>Nordjylland</b>		339 / 462	0 (0)	73	(69-77)	69	59
<b>Hovedstaden</b>		325 / 1.102	0 (0)	29	(27-32)	29	29
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling		0 / 13	0 (0)	0	(0-25)	0	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H		303 / 740	0 (0)	41	(37-45)	40	39
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D		22 / 349	0 (0)	6	(4-9)	5	8
<b>Sjælland</b>		6 / 773	0 (0)	1	(0-2)	1	2
Region Sjællands Sygehusvæsen, NAE Urologi		#/#	0 (0)	0	(0-98)	-	-
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi		#/#	0 (0)	1	(0-2)	1	2
<b>Syddanmark</b>		310 / 1.028	0 (0)	30	(27-33)	28	28
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L		153 / 488	0 (0)	31	(27-36)	26	27
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Urologisk Afdeling		79 / 277	0 (0)	29	(23-34)	30	30
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejsklinikken		4 / 19	0 (0)	21	(6-46)	17	19

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2022 - 31.12.2022		Tidligere år	
				Andel	95% CI	2021 Andel	2020 Andel
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)		74 / 244	0 (0)	30	(25-37)	34	33
<b>Midtjylland</b>		982 / 1.067	0 (0)	92	(90-94)	93	94
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi		514 / 592	0 (0)	87	(84-89)	89	90
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG		468 / 475	0 (0)	99	(97-99)	97	99
<b>Nordjylland</b>		339 / 462	0 (0)	73	(69-77)	69	59
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område		298 / 408	0 (0)	73	(68-77)	67	61
Regionshospital Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)		41 / 54	0 (0)	76	(62-87)	74	53
<b>Privathospitaler</b>							
Privathospitaler/speciall æger		##	0 (0)	9	(0-41)	15	0



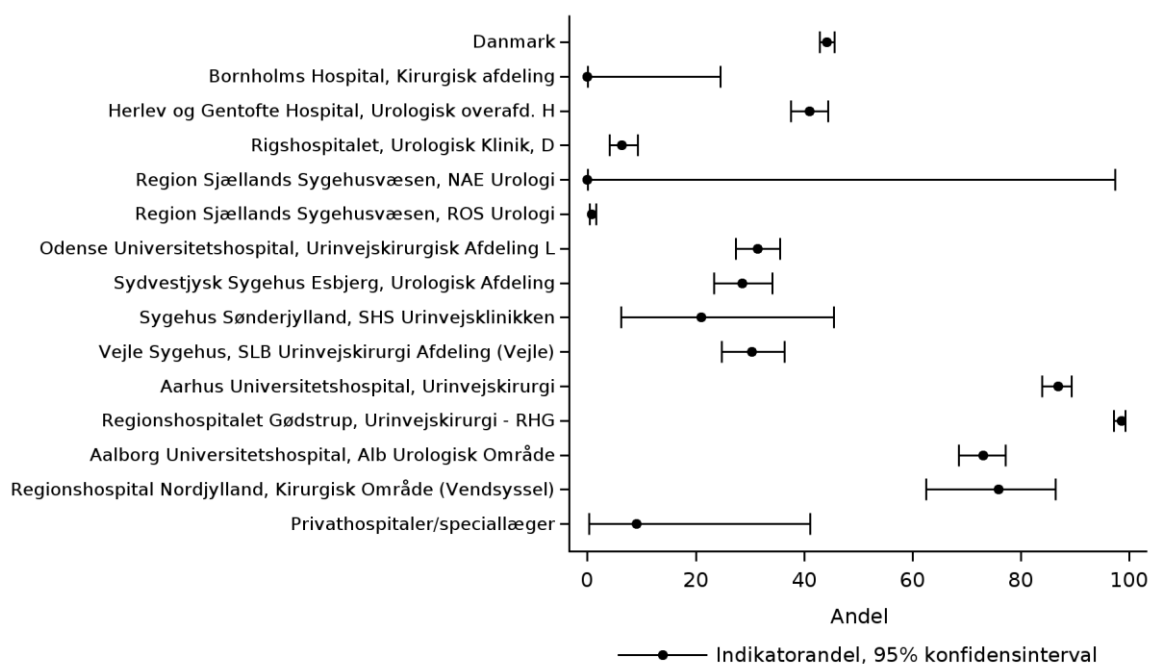
**Figur 9-1. Andel af patienter med MDT-aktivitet, for landet og på regionsniveau.**

Indikator 9: (suppl.) Andel af prostatacancerpatienter med registreret MDT-aktivitet (ZZ0190D) ved diagnose (+/- 60dg). Kontrolldiagram på regionsniveau.



**Figur 9-2. Andel af patienter med MDT-aktivitet, for landet og på afdelingsniveau.**

Indikator 9: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med registreret MDT-aktivitet (ZZ0190D) ved diagnose (+/- 60dg). Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



## 5. Beskrivelse af sygdomspopulationen

Studiepopulationen i DaProCa er patienter med en første histologisk verificeret prostatacancerdiagnose ifølge Landsregisteret for Patologi (LRP). For denne årsrapport opgøres alle nydiagnosticerede patienter i perioden fra 1. januar 2022 til 31. december 2022. Resultaterne for denne opgørelsesperiode sammenlignes efterfølgende med resultater fra de tidligere år.

I 2022 blev 4.443 mænd diagnosticeret med prostatacancer. Dette er samme niveau som de seneste år. Tabel 5-1 viser antallet af nydiagnosticerede prostatacancerpatienter i Danmark fordelt på region. Derudover opgøres patienternes kardinalsymptomer, aldersfordeling, status for komorbiditet (Charlsons komorbiditetsindeks), PSA-niveau, Gleason score/ ISUP-grad og EAU risikogruppe på diagnosetidspunktet.

**Tabel 5-1. Nydiagnosticerede prostatacancer patienter, 2017-2021.**

	Diagnoseår				
	2022	2021	2020	2019	2018
<b>Nydiagnosticerede</b>	<b>4.443</b>	<b>4.356</b>	<b>4.247</b>	<b>4.408</b>	<b>4.611</b>
<b>Bopælsregion</b>					
Hovedstaden	1.077 (24,2%)	1.080 (24,8%)	1.060 (25,0%)	1.041 (23,6%)	1.034 (22,4%)
Sjælland	769 (17,3%)	630 (14,5%)	630 (14,8%)	708 (16,1%)	774 (16,8%)
Syddanmark	1.018 (22,9%)	997 (22,9%)	938 (22,1%)	951 (21,6%)	1.060 (23,0%)
Midtjylland	1.067 (24,0%)	1.023 (23,5%)	1.097 (25,8%)	1.207 (27,4%)	1.232 (26,7%)
Nordjylland	445 (10,0%)	585 (13,4%)	490 (11,5%)	467 (10,6%)	483 (10,5%)
Færøerne/Grønland	5 (0,1%)	6 (0,1%)	6 (0,1%)	9 (0,2%)	7 (0,2%)
Ukendt bopæl	62 (1,4%)	35 (0,8%)	26 (0,6%)	25 (0,6%)	21 (0,5%)
<b>Aldersstandardiseret incidens pr 100.000*</b>					
Danmark	150	150	149	158	168
Hovedstaden	138	140	140	140	140
Sjælland	159	132	135	153	172
Syddanmark	152	151	145	149	169
Midtjylland	162	158	173	195	203
Nordjylland	136	182	155	149	158
<b>Alder ved diagnose</b>					
Median (Q1;Q3)	72 (66,1;77,2)	72 (66,0;76,8)	72 (65,9;76,6)	71 (65,5;76,2)	71 (65,1;75,8)
Gennemsnit (Min;Max)	72 (41,8;95,6)	71 (42,1;95,5)	71 (40,2;100)	71 (39,3;100)	71 (41,4;100)
<b>Charlson comorbidity index</b>					
Score 0	2.702 (60,8%)	2.675 (61,4%)	2.512 (59,1%)	2.691 (61,0%)	2.918 (63,3%)
Score 1-2	1.312 (29,5%)	1.222 (28,1%)	1.289 (30,4%)	1.288 (29,2%)	1.274 (27,6%)
Score 3 eller derover	429 (9,7%)	459 (10,5%)	446 (10,5%)	429 (9,7%)	419 (9,1%)
<b>PSA</b>					
<4	226 (5,1%)	243 (5,6%)	229 (5,4%)	233 (5,3%)	222 (4,8%)
4-9	1.521 (34,2%)	1.545 (35,5%)	1.509 (35,5%)	1.624 (36,8%)	1.750 (38,0%)
10-20	979 (22,0%)	895 (20,5%)	890 (21,0%)	969 (22,0%)	977 (21,2%)
21-100	1.063 (23,9%)	1.017 (23,3%)	1.038 (24,4%)	978 (22,2%)	1.061 (23,0%)
>100	612 (13,8%)	638 (14,6%)	564 (13,3%)	578 (13,1%)	581 (12,6%)
Ukendt	42 (0,9%)	18 (0,4%)	17 (0,4%)	26 (0,6%)	20 (0,4%)
<b>ISUP** grad ved diagnose</b>					
1 (Gleason score <6)	735 (16,5%)	827 (19,0%)	927 (21,8%)	1.011 (22,9%)	1.046 (22,7%)
2 (Gleason score 3+4)	1.335 (30,0%)	1.262 (29,0%)	1.164 (27,4%)	1.152 (26,1%)	1.162 (25,2%)

	Diagnoseår				
	2022	2021	2020	2019	2018
3 (Gleason score 4+3)	753 (16,9%)	795 (18,3%)	726 (17,1%)	737 (16,7%)	684 (14,8%)
4 (Gleason score 8)	395 (8,9%)	475 (10,9%)	461 (10,9%)	547 (12,4%)	663 (14,4%)
5 (Gleason score 9+)	1.019 (22,9%)	804 (18,5%)	701 (16,5%)	765 (17,4%)	865 (18,8%)
ISUP grad ikke defineret	206 (4,6%)	193 (4,4%)	268 (6,3%)	196 (4,4%)	191 (4,1%)
<b>EAU risikovurdering</b>					
Udenfor risikovurdering	1.021	997	935	850	-
Risikovurderede:					
Lav risiko	371 (10,8%)	424 (12,6%)	503 (15,2%)	496 (13,9%)	-
Intermediær risiko	1.354 (39,6%)	1.259 (37,5%)	1.215 (36,7%)	1.200 (33,7%)	-
Høj risiko	1.528 (44,7%)	1.516 (45,1%)	1.420 (42,9%)	1.590 (44,7%)	-
Ukendt	169 (4,9%)	160 (4,8%)	174 (5,3%)	272 (7,6%)	-
<b>T stadie (v/ diagnose)</b>					
Ikke registreret	495 (11,1%)	402 (9,2%)	418 (9,8%)	791 (17,9%)	-
T0	6 (0,1%)	# (0,0%)	# (0,0%)	# (0,0%)	-
T1	55 (1,2%)	92 (2,1%)	70 (1,6%)	91 (2,1%)	-
T1a	51 (1,1%)	55 (1,3%)	36 (0,8%)	49 (1,1%)	-
T1b	31 (0,7%)	31 (0,7%)	28 (0,7%)	42 (1,0%)	-
T1c	1.091 (24,6%)	1.084 (24,9%)	1.086 (25,6%)	979 (22,2%)	-
T2	93 (2,1%)	116 (2,7%)	102 (2,4%)	118 (2,7%)	-
T2a	452 (10,2%)	436 (10,0%)	422 (9,9%)	356 (8,1%)	-
T2b	298 (6,7%)	278 (6,4%)	270 (6,4%)	265 (6,0%)	-
T2c	285 (6,4%)	333 (7,6%)	323 (7,6%)	375 (8,5%)	-
T3	445 (10,0%)	374 (8,6%)	350 (8,2%)	406 (9,2%)	-
T3a	439 (9,9%)	420 (9,6%)	388 (9,1%)	336 (7,6%)	-
T3b	398 (9,0%)	362 (8,3%)	357 (8,4%)	266 (6,0%)	-
T4	243 (5,5%)	263 (6,0%)	216 (5,1%)	174 (3,9%)	-
Tx	61 (1,4%)	108 (2,5%)	180 (4,2%)	158 (3,6%)	-
<b>N stadie (v/ diagnose)</b>					
Ikke registreret	513 (11,5%)	425 (9,8%)	478 (11,3%)	864 (19,6%)	-
N0	3.053 (68,7%)	2.690 (61,8%)	1.869 (44,0%)	1.317 (29,9%)	-
N1	636 (14,3%)	595 (13,7%)	557 (13,1%)	488 (11,1%)	-
Nx	241 (5,4%)	646 (14,8%)	1.343 (31,6%)	1.739 (39,5%)	-
<b>M stadie (v/ diagnose)</b>					
Ikke registreret	335 (7,5%)	246 (5,6%)	256 (6,0%)	605 (13,7%)	-
M0	3.285 (73,9%)	3.277 (75,2%)	2.651 (62,4%)	2.351 (53,3%)	-
M1	823 (18,5%)	833 (19,1%)	754 (17,8%)	657 (14,9%)	-

	Diagnoseår				
	2022	2021	2020	2019	2018
Mx	0 (0%)	0 (0%)	586 (13,8%)	795 (18,0%)	-

\*Opgjort for mænd med bopæl i en af de fem regioner ved diagnose.

Standardpopulation: DK 2022. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal.

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

## KOMMENTAR

Der er fortsat stor regional variation i den diagnostiske aktivitet. Landsgennemsnittet for antal diagnosticerede patienter pr. 100.000 mænd har ligget stabilt i flere år og var i 2022 på 150. Region Hovedstaden med 138/100.000 ligger sammen med Region Nordjylland som de eneste under gennemsnittet. Der er ingen større regional variation. Incidensen i Region Nordjylland er det sidste år faldet markant. Medianalderen ved diagnosen var uændret i forhold til de sidste par år 72 år, og godt 60% var uden væsentlig komorbiditet. Det diagnostiske indberetningsskema er afviklet, hvorfor der ikke længere registreres symptomer i forbindelse med diagnosen. Et forventet fald i antallet af nydiagnosticerede patienter, i forbindelse med indføring af den MR-skanningsbaserede diagnostiske strategi, er fortsat ikke indfriet, hvilket, ud over en knapt tilendebragt implementering i 2022, muligvis kan forklares af den demografiske udvikling. Fordelingen af det kliniske tumorstadiet (cT) ligger stabilt de seneste år. Patienterne med påviselige metastaser (M1-sygdom) udgør 18,5%

N-klassifikationen (lymfeknudestatus) "x" forekommer i et for højt antal.

### **Registrerede cNx ved diagnose (LPR) 2022-patienter, opgørelse på afdelingsniveau.**

Table of Allokert\_primær\_uro\_afdeling by ctnmn

Allokeret_primær_uro_afdeling (Primær urologisk afdeling (LPR eller UOF) - rapporterende afdeling)	ctnmn(cTNM-N fra LPR3, specifik værdi)				
	Ikke registreret	N0	N1	Nx	Total
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	54	259	24	12	349
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	33	542	100	65	740
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	36	590	114	32	772
Region Sjællands Sygehusvæsen, NAE Urologi	#	0	0	0	#
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	#	#	#	#	13
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	70	357	49	12	488
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejsklinikken	4	9	#	#	19
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Urologisk Afdeling	13	219	40	5	277
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	23	170	24	27	244
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	67	361	123	41	592
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	137	238	86	14	475

Table of Allokeret\_primaer\_uro\_afdeling by ctnmn

Allokeret_primaer_uro_afdeling(Primær urologisk afdeling (LPR eller UOF) - rapporterende afdeling)	ctnmn(cTNM-N fra LPR3, specifik værdi)				
	Ikke registreret	N0	N1	Nx	Total
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	55	273	62	18	408
Regionshospital Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)	8	28	10	8	54
Privathospitaler/speciallæger	8	#	0	#	#
Total	513	3053	636	241	4443

Den overordnede sygdomsaggressivitet bedømt ved histologisk gradering (ISUP-grad/ Gleason score) har pga. af den positive selektionseffekt ved indførelse af den diagnostiske MR-skanning samt den tilhørende mulighed for målrettede biopsier som ventet ændret sig det seneste år. Andelen af høj malignitetsgrad er tiltaget på bekostning af færre tilfælde af lav malignitetsgrad.

De efterfølgende tabeller (5-2 til 5-7) angiver antallet af patienter, som i 2022 påbegyndte henholdsvis active surveillance, radikal prostatektomi, strålebehandling, watchful waiting eller anden behandling. Bemærk at disse patienter kan være diagnosticeret i 2022 eller forudgående år.



**Tabel 5-2. Active surveillance (kode ZZ4252B baseret på data fra LPR)**

	År for active surveillance				
	2022	2021	2020	2019	2018
<b>Active surveillance</b>	<b>659</b>	<b>935</b>	<b>947</b>	<b>886</b>	<b>904</b>
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	128	107	151	49	167
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	39	89	74	44	42
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	108	121	101	165	90
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling	97	233	179	224	284
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	86	148	188	183	58
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	85	115	92	112	102
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	112	114	143	91	134
Regionshospitalet Nordjylland Ven, RHN Urinvejskirurgi	#	3	6	9	15
Øvrige	#	5	13	9	12
<b>Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*</b>					
Danmark	22	32	32	31	31
Hovedstaden	21	24	27	11	22
Sjælland	22	27	24	37	31
Syddanmark	16	36	28	34	41
Midtjylland	25	39	43	46	25
Nordjylland	35	37	46	31	47
<b>Alder på tidspunkt for AS</b>					
Median (Q1;Q3)	68 (62,0;73,0)	69 (63,0;73,0)	68 (63,0;72,0)	67 (62,0;71,0)	67 (62,0;71,0)
Gennemsnit (Min;Max)	67 (46,0;86,0)	68 (43,0;90,0)	67 (42,0;90,0)	66 (41,0;89,0)	66 (43,0;89,0)
<b>PSA ved diagnose</b>					

	År for active surveillance				
	2022	2021	2020	2019	2018
<4	70 (10,6%)	107 (11,4%)	105 (11,1%)	74 (8,4%)	73 (8,1%)
4-9	402 (61,0%)	544 (58,2%)	599 (63,3%)	580 (65,5%)	589 (65,2%)
10-20	142 (21,5%)	192 (20,5%)	177 (18,7%)	175 (19,8%)	162 (17,9%)
21-100	37 (5,6%)	61 (6,5%)	50 (5,3%)	49 (5,5%)	41 (4,5%)
>100	# (0,3%)	14 (1,5%)	8 (0,8%)	# (0,2%)	3 (0,3%)
Ukendt	# (0,9%)	17 (1,8%)	8 (0,8%)	# (0,7%)	36 (4,0%)
<b>ISUP** grad ved diagnose</b>					
1 (Gleason score <math>\leq 6</math>)	390 (59,2%)	546 (58,4%)	619 (65,4%)	644 (72,7%)	624 (69,0%)
2 (Gleason score 3+4)	228 (34,6%)	260 (27,8%)	222 (23,4%)	166 (18,7%)	211 (23,3%)
3 (Gleason score 4+3)	16 (2,4%)	50 (5,3%)	23 (2,4%)	22 (2,5%)	27 (3,0%)
4 (Gleason score 8)	# (0,2%)	18 (1,9%)	13 (1,4%)	6 (0,7%)	9 (1,0%)
5 (Gleason score 9+)	# (0,8%)	33 (3,5%)	21 (2,2%)	8 (0,9%)	5 (0,6%)
ISUP grad ikke defineret	19 (2,9%)	28 (3,0%)	49 (5,2%)	40 (4,5%)	28 (3,1%)
<b>EAU risikovurdering</b>					
Udenfor risikovurdering	#	13	13	4	-
Risikovurderede:					
(Diagnose før 2019)	31 (4,7%)	108 (11,7%)	118 (12,6%)	320 (36,3%)	-
Ukendt	46 (7,0%)	66 (7,2%)	107 (11,5%)	108 (12,2%)	-
Lav risiko	237 (36,0%)	327 (35,5%)	354 (37,9%)	243 (27,6%)	-
Intermediær risiko	292 (44,4%)	340 (36,9%)	290 (31,0%)	165 (18,7%)	-
Høj risiko	52 (7,9%)	81 (8,8%)	65 (7,0%)	46 (5,2%)	-
<b>Charlson comorbidity index (v/ diagnose)</b>					
Score 0	477 (72,4%)	632 (67,6%)	652 (68,8%)	636 (71,8%)	656 (72,6%)
Score 1-2	145 (22,0%)	237 (25,3%)	242 (25,6%)	203 (22,9%)	200 (22,1%)
Score 3 eller derover	37 (5,6%)	66 (7,1%)	53 (5,6%)	47 (5,3%)	48 (5,3%)
<b>T stadie (v/ diagnose)</b>					
(Diagnose før 2019)	31 (4,7%)	108 (11,6%)	118 (12,5%)	320 (36,1%)	-
Ikke registreret	40 (6,1%)	49 (5,2%)	55 (5,8%)	104 (11,7%)	-
T1	14 (2,1%)	20 (2,1%)	23 (2,4%)	33 (3,7%)	-
T1a	18 (2,7%)	21 (2,2%)	30 (3,2%)	11 (1,2%)	-
T1b	10 (1,5%)	10 (1,1%)	13 (1,4%)	5 (0,6%)	-
T1c	376 (57,1%)	454 (48,6%)	464 (49,0%)	285 (32,2%)	-
T2	8 (1,2%)	24 (2,6%)	25 (2,6%)	16 (1,8%)	-
T2a	102 (15,5%)	145 (15,5%)	111 (11,7%)	55 (6,2%)	-
T2b	19 (2,9%)	38 (4,1%)	30 (3,2%)	15 (1,7%)	-

	År for active surveillance				
	2022	2021	2020	2019	2018
T2c	12 (1,8%)	20 (2,1%)	24 (2,5%)	14 (1,6%)	-
T3	7 (1,1%)	10 (1,1%)	8 (0,8%)	# (0,6%)	-
T3a	# (0,8%)	16 (1,7%)	5 (0,5%)	# (0,2%)	-
T3b	# (0,2%)	5 (0,5%)	3 (0,3%)	# (0,1%)	-
T4	# (0,2%)	# (0,1%)	# (0,2%)	0 (0%)	-
Tx	15 (2,3%)	14 (1,5%)	36 (3,8%)	20 (2,3%)	-
<b>N stadie (v/ diagnose)</b>					
(Diagnose før 2019)	31 (4,7%)	108 (11,6%)	118 (12,5%)	320 (36,1%)	-
Ikke registreret	45 (6,8%)	61 (6,5%)	82 (8,7%)	109 (12,3%)	-
N0	521 (79,1%)	495 (52,9%)	301 (31,8%)	154 (17,4%)	-
N1	0 (0%)	7 (0,7%)	4 (0,4%)	3 (0,3%)	-
Nx	62 (9,4%)	264 (28,2%)	442 (46,7%)	300 (33,9%)	-
<b>M stadie (v/ diagnose)</b>					
(Diagnose før 2019)	31 (4,7%)	108 (11,6%)	118 (12,5%)	320 (36,1%)	-
Ikke registreret	23 (3,5%)	32 (3,4%)	44 (4,6%)	# (9,4%)	-
M0	600 (91,0%)	734 (78,5%)	508 (53,6%)	258 (29,1%)	-
M1	# (0,2%)	8 (0,9%)	12 (1,3%)	# (0,1%)	-
Mx	# (0,6%)	53 (5,7%)	265 (28,0%)	224 (25,3%)	-

\*Opgjort for mænd med bopæl i en af de fem regioner ved diagnose.

Standardpopulation: DK 2022. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal.

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

## KOMMENTAR

I bestræbelserne på at nedsætte overbehandling af patienter med lavrisiko og insignifikant sygdom, anbefales operationskandidater med lavrisiko sygdom initialt observeret i form af active surveillance (AS). Dette fremgår af såvel de landsdækkende kliniske retningslinjer og en visitationsretningslinje fra Sundhedsstyrelsen.

Hidtil har omkring 20% af samtlige diagnosticerede patienter været registreret tilbudt observation i form af AS frem for umiddelbar behandling, og kun ganske få patienter undergår AS uden for regi af de opererende centre. Ud over en væsentlig interregional variation i antallet af patienter i AS, bemærkes i 2022 et signifikant fald i AS patienter. Antallet faldt fra 935 til 659. Dette tages som udtryk for effekten af den MR-baserede diagnostiske strategi, som i studier er vist at reducere antallet af diagnosticerede med klinisk insignifikant sygdom. I fire regioner faldt antallet af nye patienter markant og alene i Odense faldt antallet fra 233 til 97 inden for et enkelt år, som dermed har sat færrest patienter (16/100.000) i AS.

Aldersgruppen for AS ligger stabilt på 68 år. Som tegn på at der fortsat er klinikere, som ved kodning ikke skelner mellem de to meget forskellige observationsformer AS og watchful waiting (WW), er antallet af patienter i intermedier og høj risikogruppe uændret høj. I modsætning til AS tilbydes patienter WW med henblik på timing af endokrinterapi og ikke, som ved AS, behandling med kurativt sigte. Active surveillance skal til LPR3 kodes med ZZ4252B.

**Tabel 5-3. Radikal prostatektomi**

	År for prostatektomi				
	2022	2021	2020	2019	2018
<b>Radikal prostatektomi (RP)</b>	<b>1.179</b>	<b>1.234</b>	<b>1.117</b>	<b>1.144</b>	<b>1.137</b>
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	206	249	245	265	269
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	129	122	126	119	110
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	200	154	124	106	25
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling	221	209	211	202	250
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	117	121	105	159	142
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	121	163	143	173	224
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	185	216	163	120	117
<b>Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*</b>					
Danmark	40	42	38	39	39
Hovedstaden	40	45	44	46	41
Sjælland	45	36	30	26	27
Syddanmark	32	31	32	30	31
Midtjylland	35	41	36	50	55
Nordjylland	54	65	51	38	37
<b>Alder på operationstidspunkt</b>					
Median (Q1;Q3)	68 (62,4;72,0)	68 (63,1;72,2)	67 (62,4;71,6)	68 (62,4;71,4)	67 (61,8;71,2)
Gennemsnit (Min;Max)	67 (43,9;83,5)	67 (42,4;79,7)	67 (40,4;79,8)	66 (39,5;84,6)	66 (41,8;85,2)
<b>PSA ved diagnose</b>					
<4	43 (3,6%)	59 (4,8%)	56 (5,0%)	48 (4,2%)	49 (4,3%)
4-9	651 (55,2%)	713 (57,8%)	623 (55,8%)	636 (55,6%)	638 (56,1%)
10-20	331 (28,1%)	291 (23,6%)	290 (26,0%)	310 (27,1%)	291 (25,6%)

	År for prostatektomi				
	2022	2021	2020	2019	2018
21-100	129 (10,9%)	155 (12,6%)	# (11,5%)	135 (11,8%)	123 (10,8%)
>100	3 (0,3%)	5 (0,4%)	# (0,2%)	7 (0,6%)	4 (0,4%)
Ukendt	22 (1,9%)	11 (0,9%)	17 (1,5%)	8 (0,7%)	32 (2,8%)
<b>ISUP** grad ved diagnose</b>					
1 (Gleason score <math>-6</math>)	206 (17,5%)	279 (22,6%)	290 (26,0%)	262 (22,9%)	269 (23,7%)
2 (Gleason score 3+4)	538 (45,6%)	524 (42,5%)	470 (42,1%)	472 (41,3%)	462 (40,6%)
3 (Gleason score 4+3)	212 (18,0%)	252 (20,4%)	202 (18,1%)	218 (19,1%)	208 (18,3%)
4 (Gleason score 8)	82 (7,0%)	75 (6,1%)	61 (5,5%)	102 (8,9%)	116 (10,2%)
5 (Gleason score 9+)	101 (8,6%)	79 (6,4%)	57 (5,1%)	69 (6,0%)	68 (6,0%)
ISUP grad ikke defineret	40 (3,4%)	25 (2,0%)	37 (3,3%)	21 (1,8%)	14 (1,2%)
<b>EAU risikovurdering</b>					
Udenfor risikovurdering	19	28	44	52	-
Risikovurderede:					
(Diagnose før 2019)	79 (6,8%)	107 (8,9%)	165 (15,4%)	409 (37,5%)	-
Ukendt	43 (3,7%)	34 (2,8%)	38 (3,5%)	23 (2,1%)	-
Lav risiko	72 (6,2%)	110 (9,1%)	83 (7,7%)	35 (3,2%)	-
Intermediær risiko	624 (53,8%)	577 (47,8%)	507 (47,3%)	335 (30,7%)	-
Høj risiko	342 (29,5%)	378 (31,3%)	280 (26,1%)	290 (26,6%)	-
<b>Operationstype, RP</b>					
Retropubisk RP	0 (0%)	# (0,1%)	# (0,1%)	0 (0%)	3 (0,3%)
Retropubisk ikke nervesparende RP	# (0,1%)	3 (0,2%)	0 (0%)	7 (0,6%)	18 (1,6%)
Retropubisk enkelttidigt nervesparende RP	# (0,5%)	# (0,2%)	3 (0,3%)	# (0,3%)	5 (0,4%)
Retropubisk dobbelttidigt nervesparende RP	# (0,1%)	# (0,1%)	0 (0%)	# (0,2%)	3 (0,3%)
Perkutan endoskopisk RP	114 (9,7%)	125 (10,1%)	82 (7,3%)	86 (7,5%)	87 (7,7%)
Perkutan endoskopisk ikke nervesparende RP	420 (35,6%)	459 (37,2%)	446 (39,9%)	429 (37,5%)	438 (38,5%)
Perkutan endoskopisk enkelttidigt nervesparende RP	472 (40,0%)	482 (39,1%)	419 (37,5%)	447 (39,1%)	384 (33,8%)
Perkutan endoskopisk dobbelttidigt nervesparende RP	165 (14,0%)	160 (13,0%)	166 (14,9%)	170 (14,9%)	199 (17,5%)
<b>Charlson comorbidity index (v/ RP)</b>					
Score 0	870 (73,8%)	895 (72,5%)	808 (72,3%)	821 (71,8%)	854 (75,1%)

	År for prostatektomi				
	2022	2021	2020	2019	2018
Score 1-2	267 (22,6%)	293 (23,7%)	262 (23,5%)	275 (24,0%)	249 (21,9%)
Score 3 eller derover	42 (3,6%)	46 (3,7%)	47 (4,2%)	48 (4,2%)	34 (3,0%)
<b>T stadie (v/ diagnose)</b>					
(Diagnose før 2019)	79 (6,7%)	107 (8,7%)	165 (14,8%)	409 (35,8%)	-
Ikke registreret	185 (15,7%)	171 (13,9%)	186 (16,7%)	181 (15,8%)	-
T0	# (0,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-
T1	17 (1,4%)	22 (1,8%)	21 (1,9%)	13 (1,1%)	-
T1a	# (0,2%)	4 (0,3%)	# (0,2%)	# (0,1%)	-
T1b	4 (0,3%)	6 (0,5%)	# (0,2%)	# (0,2%)	-
T1c	400 (33,9%)	392 (31,8%)	288 (25,8%)	161 (14,1%)	-
T2	20 (1,7%)	33 (2,7%)	24 (2,1%)	24 (2,1%)	-
T2a	206 (17,5%)	153 (12,4%)	141 (12,6%)	87 (7,6%)	-
T2b	97 (8,2%)	110 (8,9%)	88 (7,9%)	51 (4,5%)	-
T2c	76 (6,4%)	103 (8,3%)	99 (8,9%)	127 (11,1%)	-
T3	18 (1,5%)	21 (1,7%)	11 (1,0%)	16 (1,4%)	-
T3a	37 (3,1%)	54 (4,4%)	39 (3,5%)	36 (3,1%)	-
T3b	17 (1,4%)	30 (2,4%)	20 (1,8%)	20 (1,7%)	-
T4	0 (0%)	# (0,1%)	0 (0%)	# (0,1%)	-
Tx	20 (1,7%)	# (2,2%)	31 (2,8%)	15 (1,3%)	-
<b>N stadie (v/ diagnose)</b>					
(Diagnose før 2019)	79 (6,7%)	107 (8,7%)	165 (14,8%)	409 (35,8%)	-
Ikke registreret	185 (15,7%)	187 (15,2%)	185 (16,6%)	185 (16,2%)	-
N0	794 (67,3%)	727 (58,9%)	376 (33,7%)	192 (16,8%)	-
N1	12 (1,0%)	17 (1,4%)	42 (3,8%)	47 (4,1%)	-
Nx	109 (9,2%)	196 (15,9%)	349 (31,2%)	311 (27,2%)	-
<b>M stadie (v/ diagnose)</b>					
(Diagnose før 2019)	79 (6,7%)	107 (8,7%)	165 (14,8%)	409 (35,8%)	-
Ikke registreret	40 (3,4%)	22 (1,8%)	17 (1,5%)	58 (5,1%)	-
M0	1.036 (87,9%)	1.055 (85,5%)	775 (69,4%)	560 (49,0%)	-
M1	7 (0,6%)	13 (1,1%)	4 (0,4%)	10 (0,9%)	-
Mx	17 (1,4%)	37 (3,0%)	156 (14,0%)	107 (9,4%)	-

\*Opgjort for mænd med bopæl i en af de fem regioner ved diagnose.

Standardpopulation: DK 2022. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal.

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

## KOMMENTAR

Antallet af radikale prostatektomier i 2022 udgjorde i alt 1.179 indgreb, hvilket er et svagt fald siden 2021. De var næsten alle ”robot-operationer”. Antallet af operationer var i Region Sjælland fortsat stigende, og med en operationsrate på (45/100.000) ligger regionen sammen med Region Nordjylland som de eneste over landsgennemsnittet. Der var et markant fald i operationsaktiviteten i Region Nordjylland (fra 65 til 54/100.000). Samtidig faldt antallet af primært strålebehandlede i Region Nordjylland til det absolut laveste i landet (7/100.000) (Tabel 5.4).

Patient- og kliniske karakteristika var stabile over tid.



**Tabel 5-4a. Strålebehandling**

	År for første strålebehandling				
	2022	2021	2020	2019	2018
<b>Primær kurativ strålebehandling (over 36 gange)</b>	<b>615</b>	<b>545</b>	<b>588</b>	<b>666</b>	<b>661</b>
Rigshospitalet, Onkologisk Klinik, ONK	57	59	50	30	33
Herlev og Gentofte Hospital, Onkologisk overafd. R	86	77	85	62	90
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Klin. Onkologi	141	100	135	191	152
Odense Universitetshospital, Onkologisk afd. R	17	58	58	62	57
Vejle Sygehus, SLB Onkologisk Afdeling (Vejle)	81	70	65	76	89
Aarhus Universitetshospital, Dansk Center for Partikelterapi	6	0	0	0	0
Aarhus Universitetshospital, Kræftafdelingen	205	150	159	204	193
Aalborg Universitetshospital, Alb Onkologisk Område	22	31	36	41	47
<b>Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*</b>					
Danmark	21	19	20	23	24
Hovedstaden	18	16	16	11	14
Sjælland	29	22	31	41	35
Syddanmark	14	19	17	20	21
Midtjylland	32	23	26	33	34
Nordjylland	7	10	12	13	15
<b>Alder på tidspunkt for første strål</b>					
Median (Q1;Q3)	73 (68,5;76,0)	71 (67,0;74,5)	71 (67,0;74,8)	72 (66,9;74,6)	70 (65,6;74,1)
Gennemsnit (Min;Max)	72 (50,2;87,0)	70 (47,3;87,8)	70 (47,8;81,4)	70 (42,2;90,7)	69 (47,9;83,3)
<b>PSA ved diagnose</b>					

	År for første strålebehandling				
	2022	2021	2020	2019	2018
<4	18 (2,9%)	18 (3,3%)	13 (2,2%)	21 (3,2%)	8 (1,2%)
4-9	189 (30,7%)	176 (32,3%)	170 (28,9%)	217 (32,6%)	224 (33,9%)
10-20	174 (28,3%)	147 (27,0%)	185 (31,5%)	194 (29,1%)	196 (29,7%)
21-100	206 (33,5%)	186 (34,1%)	204 (34,7%)	215 (32,3%)	211 (31,9%)
>100	25 (4,1%)	15 (2,8%)	14 (2,4%)	13 (2,0%)	9 (1,4%)
Ukendt	3 (0,5%)	3 (0,6%)	# (0,3%)	6 (0,9%)	13 (2,0%)
<b>ISUP** grad ved diagnose</b>					
1 (Gleason score <math>\leq 6</math>)	70 (11,4%)	65 (11,9%)	54 (9,2%)	48 (7,2%)	63 (9,5%)
2 (Gleason score 3+4)	185 (30,1%)	163 (29,9%)	147 (25,0%)	205 (30,8%)	192 (29,0%)
3 (Gleason score 4+3)	175 (28,5%)	144 (26,4%)	162 (27,6%)	163 (24,5%)	144 (21,8%)
4 (Gleason score 8)	54 (8,8%)	66 (12,1%)	83 (14,1%)	108 (16,2%)	98 (14,8%)
5 (Gleason score 9+)	115 (18,7%)	93 (17,1%)	108 (18,4%)	127 (19,1%)	144 (21,8%)
ISUP grad ikke defineret	16 (2,6%)	14 (2,6%)	34 (5,8%)	15 (2,3%)	20 (3,0%)
<b>EAU risikovurdering</b>					
Udenfor risikovurdering	39	29	33	18	-
Risikovurderede:					
(Diagnose før 2019)	23 (4,0%)	37 (7,2%)	48 (8,6%)	303 (46,8%)	-
Ukendt	8 (1,4%)	# (0,2%)	# (0,4%)	# (0,2%)	-
Lav risiko	23 (4,0%)	17 (3,3%)	13 (2,3%)	0 (0%)	-
Intermediær risiko	137 (23,8%)	# (20,2%)	# (19,5%)	# (16,0%)	-
Høj risiko	385 (66,8%)	357 (69,2%)	384 (69,2%)	240 (37,0%)	-
<b>Charlson comorbidity index (v/ diagnose)</b>					
Score 0	379 (61,6%)	332 (60,9%)	379 (64,5%)	416 (62,5%)	412 (62,3%)
Score 1-2	190 (30,9%)	161 (29,5%)	164 (27,9%)	203 (30,5%)	195 (29,5%)
Score 3 eller derover	46 (7,5%)	52 (9,5%)	45 (7,7%)	47 (7,1%)	54 (8,2%)
<b>T stadie (v/ diagnose)</b>					
(Diagnose før 2019)	23 (3,7%)	37 (6,8%)	48 (8,2%)	303 (45,5%)	-
Ikke registreret	18 (2,9%)	16 (2,9%)	25 (4,3%)	53 (8,0%)	-
T0	# (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-
T1	7 (1,1%)	# (1,8%)	# (0,5%)	# (0,8%)	-
T1a	0 (0%)	# (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	-
T1b	# (0,3%)	0 (0%)	# (0,3%)	# (0,3%)	-
T1c	100 (16,3%)	70 (12,8%)	85 (14,5%)	50 (7,5%)	-
T2	9 (1,5%)	12 (2,2%)	8 (1,4%)	7 (1,1%)	-
T2a	58 (9,4%)	43 (7,9%)	45 (7,7%)	31 (4,7%)	-

	År for første strålebehandling				2018
	2022	2021	2020	2019	
T2b	44 (7,2%)	31 (5,7%)	31 (5,3%)	39 (5,9%)	-
T2c	41 (6,7%)	35 (6,4%)	68 (11,6%)	25 (3,8%)	-
T3	74 (12,0%)	60 (11,0%)	48 (8,2%)	42 (6,3%)	-
T3a	110 (17,9%)	109 (20,0%)	101 (17,2%)	54 (8,1%)	-
T3b	101 (16,4%)	89 (16,3%)	100 (17,0%)	40 (6,0%)	-
T4	20 (3,3%)	19 (3,5%)	9 (1,5%)	5 (0,8%)	-
Tx	7 (1,1%)	13 (2,4%)	15 (2,6%)	10 (1,5%)	-
<b>N stadie (v/ diagnose)</b>					
(Diagnose før 2019)	23 (3,7%)	37 (6,8%)	48 (8,2%)	303 (45,5%)	-
Ikke registreret	23 (3,7%)	21 (3,9%)	50 (8,5%)	60 (9,0%)	-
N0	494 (80,3%)	388 (71,2%)	306 (52,0%)	183 (27,5%)	-
N1	32 (5,2%)	22 (4,0%)	26 (4,4%)	11 (1,7%)	-
Nx	43 (7,0%)	77 (14,1%)	158 (26,9%)	109 (16,4%)	-
<b>M stadie (v/ diagnose)</b>					
(Diagnose før 2019)	23 (3,7%)	37 (6,8%)	48 (8,2%)	303 (45,5%)	-
Ikke registreret	8 (1,3%)	13 (2,4%)	22 (3,7%)	47 (7,1%)	-
M0	567 (92,2%)	469 (86,1%)	451 (76,7%)	260 (39,0%)	-
M1	12 (2,0%)	9 (1,7%)	9 (1,5%)	8 (1,2%)	-
Mx	5 (0,8%)	17 (3,1%)	58 (9,9%)	48 (7,2%)	-

\*Opgjort for mænd med bopæl i en af de fem regioner ved diagnose.

Standardpopulation: DK 2022. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal.

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

**Tabel 5-4b. Brachyterapi**

	År for brachyterapi				
	2022	2021	2020	2019	2018
<b>Brachyterapi</b>	<b>61</b>	<b>64</b>	<b>48</b>	<b>50</b>	<b>50</b>
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	4	5	0	0	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	39	49	34	37	33
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	0	#	#	#	#
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling	0	0	0	#	0
Aarhus Universitetshospital, Kræftafdelingen	17	8	11	10	15
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	#	0	0	0	0
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	0	#	#	0	0
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	0	0	#	0	#
<b>Bopælsregion ved diagnose</b>					
Hovedstaden	32	40	20	24	20
Midtjylland	18	10	12	12	17
Nordjylland	0	0	#	0	#
Sjælland	7	8	12	11	7
Syddanmark	#	6	#	3	#
Ukendt	#	0	0	0	0
<b>Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*</b>					
Danmark	2	2	2	2	2
Hovedstaden	4	5	3	3	2
Sjælland	1	2	3	2	1
Syddanmark	0	1	0	0	1
Midtjylland	3	1	2	2	3

	År for brachyterapi				
	2022	2021	2020	2019	2018
Nordjylland	.	.	1	.	0
<b>Brachyterapi, type</b>					
Low dose	44 (72,1%)	56 (87,5%)	37 (77,1%)	40 (80,0%)	34 (68,0%)
High dose	17 (27,9%)	8 (12,5%)	11 (22,9%)	10 (20,0%)	# (30,0%)
Low and high dose	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	# (2,0%)
<b>Alder på tidspunkt for brachyterapi</b>					
Median (Q1;Q3)	65 (60,7;69,2)	65 (59,1;70,8)	64 (60,5;70,3)	65 (57,0;69,7)	66 (60,8;70,8)
Gennemsnit (Min;Max)	65 (51,4;77,6)	65 (53,6;76,8)	65 (51,7;75,3)	64 (52,3;77,8)	66 (52,1;79,5)
<b>PSA ved diagnose</b>					
<4	3 (4,9%)	5 (7,8%)	3 (6,3%)	3 (6,0%)	0 (0%)
4-9	33 (54,1%)	41 (64,1%)	27 (56,3%)	37 (74,0%)	32 (64,0%)
10-20	15 (24,6%)	11 (17,2%)	14 (29,2%)	6 (12,0%)	12 (24,0%)
21-100	10 (16,4%)	4 (6,3%)	4 (8,3%)	4 (8,0%)	# (10,0%)
>100	0 (0%)	# (3,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ukendt	0 (0%)	# (1,6%)	0 (0%)	0 (0%)	# (2,0%)
<b>ISUP** grad ved diagnose</b>					
1 (Gleason score -6)	7 (11,5%)	7 (10,9%)	9 (18,8%)	10 (20,0%)	9 (18,0%)
2 (Gleason score 3+4)	41 (67,2%)	47 (73,4%)	32 (66,7%)	35 (70,0%)	30 (60,0%)
3 (Gleason score 4+3)	#(4,9%)	#(4,7%)	# (6,3%)	# (2,0%)	4 (8,0%)
4 (Gleason score 8)	0 (0%)	# (1,6%)	3 (6,3%)	3 (6,0%)	4 (8,0%)
5 (Gleason score 9+)	8 (13,1%)	6 (9,4%)	0 (0%)	# (2,0%)	3 (6,0%)
ISUP grad ikke defineret	# (3,3%)	0 (0%)	# (2,1%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>EAU risikovurdering</b>					
Udenfor risikovurdering	#	#	#	#	#
Risikovurderede:					
Ukendt	# (3,3%)	# (3,2%)	# (2,1%)	4 (8,3%)	# (4,2%)
Lav risiko	# (1,7%)	# (6,3%)	# (6,4%)	4 (8,3%)	# (10,4%)
Intermediær risiko	43 (71,7%)	44 (69,8%)	34 (72,3%)	31 (64,6%)	29 (60,4%)
Høj risiko	14 (23,3%)	13 (20,6%)	9 (19,1%)	9 (18,8%)	12 (25,0%)
<b>Charlson comorbidity index (ved diagnose)</b>					
Score 0	42 (68,9%)	49 (76,6%)	39 (81,3%)	33 (66,0%)	37 (74,0%)
Score 1-2	16 (26,2%)	11 (17,2%)	9 (18,8%)	13 (26,0%)	10 (20,0%)
Score 3 eller derover	3 (4,9%)	4 (6,3%)	0 (0%)	4 (8,0%)	3 (6,0%)

År for brachyterapi				
2022	2021	2020	2019	2018
*Opgjort for mænd med bopæl i en af de fem regioner ved diagnose. Standardpopulation: DK 2022. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal. **ISUP (International Society of Urological Pathology): prostatacancer graderingssystem.				

## KOMMENTAR

Efter antallet af bestrålede patienter gennem et par år faldt er tallet nu tilbage med over 600 behandlinger. Et meget udtalt registreret fald i antal strålebehandlinger på Universitetshospitalerne i Odense og Aalborg er ikke reelt og skyldes LPR3 udfordringer i netop 2022. Samtidig steg antallet af behandlinger særligt i Region Sjælland (29/100.000) og Region Midtjylland (32/100.000) sammenlignet med landsgennemsnittet på 21/100.000.

Antallet af primære strålebehandlinger er dog forsat usikkert og er givetvis underestimeret. Ikke alene pga. EPJ-udfordringer i Odense, men særligt fordi populationen, til trods for mulighed for behandlingsspecifikke LPR-kode (BWG+ZPZA02C), stadig (pga. manglende kodning) må identificeres gennem beregning af antal strålefraktioner (her 36+ behandlinger).

Patientkarakteristika er uændrede over tid, og medianalder, tumorstadiet og risikofordeling ligger uændret højere blandt strålebehandlede end blandt de opererede patienter. Få patienter med M1 sygdom har modtaget bestråling og udgør muligvis patienter med hormonsensitiv sygdom, som har modtaget lokal tillægsbestråling i kombination med kastration.

I Herlev og Aarhus tilbydes to meget forskellige former for internbestråling (brachyterapi) til tilsvarende meget forskellige mindre patientkategorier (Tabel 5-4b).

Omkring 40 patienter med lokaliseret intermedier- eller højrisikosygdom får på Herlev-Gentofte Hospital oplagt (low-dose) radioaktive korn, som brænder ud i løbet af et års tid. I Aarhus modtager omkring 20 høj-høj-risikopatienter årligt en kortvarig high-dose behandling med en kraftig radioaktiv kilde som supplement til den eksterne strålebehandling. Nogle af behandlingerne foretages i protokolregi til patienter med lokalt recidiv efter tidligere primær stråleterapi.

**Tabel 5-5. Salvage strålebehandling**

	År for første strålebehandling				
	2022	2021	2020	2019	2018
<b>Salvage strålebehandling (30 - 36 gange)</b>	<b>128</b>	<b>136</b>	<b>107</b>	<b>134</b>	<b>105</b>
Rigshospitalet, Onkologisk Klinik, ONK	12	15	11	14	9
Herlev og Gentofte Hospital, Onkologisk overafd. R	30	25	37	40	19
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Klin. Onkologi	25	20	#	3	#
Odense Universitetshospital, Onkologisk afd. R	20	23	22	22	28
Vejle Sygehus, SLB Onkologisk Afdeling (Vejle)	11	26	#	17	#
Aarhus Universitetshospital, Kræftafdelingen	17	15	16	31	15
Aalborg Universitetshospital, Alb Onkologisk Område	13	12	10	7	14
<b>Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*</b>					
Danmark	4	5	4	5	4
Hovedstaden	5	5	5	6	3
Sjælland	6	4	1	2	2
Syddanmark	5	7	5	5	7
Midtjylland	3	2	2	5	2
Nordjylland	4	4	3	2	5
<b>Alder på tidspunkt for første strål</b>					
Median (Q1;Q3)	69 (64,2;72,8)	69 (64,5;73,3)	69 (64,2;73,0)	68 (64,2;71,7)	68 (62,2;71,1)
Gennemsnit (Min;Max)	68 (46,1;81,0)	68 (44,3;78,8)	68 (50,8;77,7)	68 (48,5;76,9)	66 (49,1;75,8)

\*Opgjort for mænd med bopæl i en af de fem regioner ved diagnose.  
Standardpopulation: DK 2022. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal.

## KOMMENTAR

Antallet af patienter, som tilbydes stråleterapi af prostatalejet ved biokemisk recidiv efter radikal prostatektomi, har været relativt stabilt over tid, men med relativt store udsving på de enkelte behandlende afdelinger. Skønt omkring 400 opererede patienter årligt erfaringsmæssigt udvikler biokemisk recidiv, blev kun i alt 128 mænd registreret tilbudt salvagebehandling i 2022. Antallet varierer fra 6/100.000 i Region Sjælland til 3/100.000 i Region Midtjylland. Det er vist, at antallet af sygdomstilbagefald efter operation er reduceret i Region Midtjylland efter indførelse af PSMA-PET-CT som standard ved metastaseudredning hos patienter i højere risikogruppe. Samtidig anbefales PSMA-PET-CT generelt ved udredning af PSA-recidiv, hvilket sandsynligvis udelukker nogle patienter fra lokal salvage strålebehandling. Andre patienter får foretaget salvage lymfadenektomi, og dette kan reducere behovet for salvage strålebehandling yderligere. Endelig kan en del af disse patienter fravælge yderligere lokalbehandling og i stedet observeres i regi af watchful waiting.

Den behandlingsspecifikke kode for salvage stråleterapi (BWG+ZPZA02A) fremgår af kodekapitlet bagerst i rapporten.



**Tabel 5-6. Watchful waiting**

	År for Watchful waiting				
	2022	2021	2020	2019	2018
<b>Watchful waiting</b>	<b>721</b>	<b>790</b>	<b>856</b>	<b>690</b>	<b>782</b>
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	114	105	152	40	109
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	81	138	110	59	120
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	115	109	132	125	80
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling	43	99	89	120	143
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	0	6	8	9	7
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	18	29	26	35	48
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	87	107	131	97	32
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	86	84	66	87	80
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	123	81	89	50	74
Regionshospital Nordjylland Ven, RHN Urinvejskirurgi	32	16	30	37	53
Øvrige	22	16	23	31	36
<b>Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*</b>					
Danmark	25	28	31	26	30
Hovedstaden	24	28	33	13	28
Sjælland	25	28	33	31	28
Syddanmark	12	23	23	31	37
Midtjylland	26	30	32	32	21
Nordjylland	47	31	39	30	44

	År for Watchful waiting				
	2022	2021	2020	2019	2018
<b>Alder på tidspunkt for WW</b>					
Median (Q1;Q3)	77 (74,0;80,0)	77 (73,0;80,0)	76 (73,0;79,0)	76 (73,0;80,0)	75 (71,0;79,0)
Gennemsnit (Min;Max)	77 (53,0;97,0)	76 (46,0;92,0)	75 (52,0;92,0)	76 (51,0;94,0)	75 (50,0;92,0)
<b>PSA ved diagnose</b>					
<4	40 (5,5%)	42 (5,3%)	41 (4,8%)	24 (3,5%)	30 (3,8%)
4-9	284 (39,4%)	313 (39,6%)	368 (43,0%)	283 (41,0%)	297 (38,0%)
10-20	210 (29,1%)	218 (27,6%)	219 (25,6%)	208 (30,1%)	228 (29,2%)
21-100	137 (19,0%)	163 (20,6%)	154 (18,0%)	123 (17,8%)	146 (18,7%)
>100	12 (1,7%)	24 (3,0%)	18 (2,1%)	10 (1,4%)	11 (1,4%)
Ukendt	38 (5,3%)	30 (3,8%)	56 (6,5%)	42 (6,1%)	70 (9,0%)
<b>ISUP** grad ved diagnose</b>					
1 (Gleason score <math>\leq 6</math>)	226 (31,3%)	243 (30,8%)	310 (36,2%)	255 (37,0%)	293 (37,5%)
2 (Gleason score 3+4)	266 (36,9%)	260 (32,9%)	294 (34,3%)	231 (33,5%)	265 (33,9%)
3 (Gleason score 4+3)	93 (12,9%)	135 (17,1%)	113 (13,2%)	93 (13,5%)	120 (15,3%)
4 (Gleason score 8)	37 (5,1%)	45 (5,7%)	44 (5,1%)	37 (5,4%)	38 (4,9%)
5 (Gleason score 9+)	64 (8,9%)	69 (8,7%)	57 (6,7%)	32 (4,6%)	30 (3,8%)
ISUP grad ikke defineret	35 (4,9%)	38 (4,8%)	38 (4,4%)	42 (6,1%)	36 (4,6%)
<b>EAU risikovurdering</b>					
Udenfor risikovurdering	19	26	17	8	-
Risikovurderede:					
(Diagnose før 2019)	210 (29,9%)	243 (31,8%)	360 (42,9%)	435 (63,8%)	-
Ukendt	28 (4,0%)	24 (3,1%)	21 (2,5%)	21 (3,1%)	-
Lav risiko	54 (7,7%)	62 (8,1%)	65 (7,7%)	32 (4,7%)	-
Intermediær risiko	215 (30,6%)	233 (30,5%)	208 (24,8%)	103 (15,1%)	-
Høj risiko	195 (27,8%)	202 (26,4%)	185 (22,1%)	91 (13,3%)	-
<b>Charlson comorbidity index (v/ diagnose)</b>					
Score 0	427 (59,2%)	423 (53,5%)	469 (54,8%)	388 (56,2%)	445 (56,9%)
Score 1-2	205 (28,4%)	262 (33,2%)	276 (32,2%)	221 (32,0%)	235 (30,1%)
Score 3 eller derover	89 (12,3%)	105 (13,3%)	111 (13,0%)	81 (11,7%)	102 (13,0%)
<b>T stadie (v/ diagnose)</b>					
(Diagnose før 2019)	210 (29,1%)	243 (30,8%)	360 (42,1%)	435 (63,0%)	-
Ikke registreret	45 (6,2%)	48 (6,1%)	41 (4,8%)	49 (7,1%)	-
T0	# (0,1%)	0 (0%)	0 (0%)	# (0,1%)	-
T1	# (1,4%)	11 (1,4%)	22 (2,6%)	16 (2,3%)	-

	År for Watchful waiting				2018
	2022	2021	2020	2019	
T1a	14 (1,9%)	13 (1,6%)	7 (0,8%)	#(0,4%)	-
T1b	10 (1,4%)	10 (1,3%)	15 (1,8%)	3 (0,4%)	-
T1c	154 (21,4%)	167 (21,1%)	157 (18,3%)	71 (10,3%)	-
T2	14 (1,9%)	23 (2,9%)	15 (1,8%)	12 (1,7%)	-
T2a	79 (11,0%)	96 (12,2%)	65 (7,6%)	24 (3,5%)	-
T2b	52 (7,2%)	54 (6,8%)	48 (5,6%)	23 (3,3%)	-
T2c	50 (6,9%)	55 (7,0%)	42 (4,9%)	21 (3,0%)	-
T3	35 (4,9%)	23 (2,9%)	20 (2,3%)	9 (1,3%)	-
T3a	28 (3,9%)	21 (2,7%)	24 (2,8%)	6 (0,9%)	-
T3b	8 (1,1%)	9 (1,1%)	7 (0,8%)	4 (0,6%)	-
T4	# (0,3%)	6 (0,8%)	6 (0,7%)	# (0,3%)	-
Tx	# (1,2%)	11 (1,4%)	27 (3,2%)	# (1,6%)	-
<b>N stadie (v/ diagnose)</b>					
(Diagnose før 2019)	210 (29,1%)	243 (30,8%)	360 (42,1%)	435 (63,0%)	-
Ikke registreret	43 (6,0%)	57 (7,2%)	57 (6,7%)	56 (8,1%)	-
N0	350 (48,5%)	337 (42,7%)	213 (24,9%)	90 (13,0%)	-
N1	10 (1,4%)	11 (1,4%)	11 (1,3%)	# (0,3%)	-
Nx	108 (15,0%)	142 (18,0%)	215 (25,1%)	# (15,5%)	-
<b>M stadie (v/ diagnose)</b>					
(Diagnose før 2019)	210 (29,1%)	243 (30,8%)	360 (42,1%)	435 (63,0%)	-
Ikke registreret	28 (3,9%)	41 (5,2%)	31 (3,6%)	53 (7,7%)	-
M0	460 (63,8%)	449 (56,8%)	344 (40,2%)	131 (19,0%)	-
M1	12 (1,7%)	21 (2,7%)	13 (1,5%)	7 (1,0%)	-
Mx	11 (1,5%)	36 (4,6%)	108 (12,6%)	64 (9,3%)	-

\*Opgjort for mænd med bopæl i en af de fem regioner ved diagnose.

Standardpopulation: DK 2022. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal.

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

## KOMMENTAR

Disse data bygger på LPR indberetning. Antallet af patienter, som observeres i regi af watchful waiting (WW) og evt. afventer senere endokrinterapi, har varieret en smule over årene. I 2022 faldt antallet til 721 (25/100.000) og lå lidt lavere i forhold til antallet i active surveillance (AS). Som anført under kommentering af AS (Tabel 7.2), er der oplagt et større antal patienter, som her er fejlkodede WW-patienter, der formentlig hermed udgør den hyppigste form for observationsregime.

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

**Tabel 5-7. Anden behandling**

Behandling startet 2022	Region (primære urologiske behandlingscenter)					
	I alt	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Antiandrogen	1.069	283	12	223	422	129
GNRH analog	2.361	537	382	819	439	184
GNRH antagonist	124	76	0	48	0	0
Orchiectomi	43	16	3	10	9	5
Abirateron	503	111	184	85	95	28
Enzalutamid	619	145	93	182	128	70
Apalutamid	18	4	3	6	#	4
Darolutamid	85	25	6	15	23	16
Docetaxel	559	158	102	134	114	51
Cabazitaxel	296	89	49	81	53	24
Bisfosfonat	23	7	4	3	9	0
Denosumab	204	0	0	0	125	79
Radium-223	38	13	3	12	10	0
Forsøgsmedicin	5	0	#	#	3	0

Behandling startet 2021	Region (primære urologiske behandlingscenter)					
	I alt	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Antiandrogen	1.037	297	5	238	348	148
GNRH analog	2.057	556	360	569	383	185
GNRH antagonist	129	82	0	45	#	0
Orchiectomi	31	9	4	8	5	5
Abirateron	296	32	128	40	44	52
Enzalutamid	757	211	114	199	134	99
Apalutamid	19	5	0	4	4	6
Darolutamid	25	10	#	6	6	#
Docetaxel	649	183	113	161	125	67
Cabazitaxel	279	77	47	76	52	27
Bisfosfonat	40	26	3	3	8	0
Denosumab	216	#	0	#	119	94
Radium-223	50	15	5	19	11	0

Behandling startet 2021	Region (primære urologiske behandlingscenter)					
	I alt	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Forsøgsmedicin	6	0	0	0	6	0

## KOMMENTAR

### Endokrin og anden medicinsk behandling:

På relativ kort tid er de medicinske behandlinger blevet relativt mange, og overlevelsen med avanceret sygdom markant forlænget. Tabellen rummer en meget stor og omkostningstung behandlingsindsats svarende til den metastatiske sygdomsfase, hvilket det, med de forhåndenværende data, på ingen måde er muligt at bedømme kvaliteten af.

Overblikket over de mangfoldige og ofte langvarige medicinske behandlingsforløb hos patienter med dissemineret sygdom, arten heraf, hvornår i sygdomsforløbet, frekvensen og kombinationer forudsætter en korrekt stadi- og behandlingsspecifik kodning. Med henvisning til kodearket bagest i rapporten skal kastrationsresistent sygdom (CRPC) kodes med "Z" (DC61.9Z). Herudover har de enkelte behandlinger hver sin kode – f.eks. abirateron: BWHC50, enzalutamid: BWHC51 og docetaxel: BWHA208.

Da efterhånden det meste af behandlingsrepertoiret inkl. lokal stråleterapi kan anvendes i kombination med kastrationsbehandling i såvel sygdomsfaserne Hormon Sensitiv Prostata Cancer (HSPC) som i Kastrations Resistent Prostata Cancer (CRPC), er det databasens ambition at skabe et reelt behandlingsoverblik over, hvem der behandles i henhold til de landsdækkende kliniske retningslinjer samt effekten heraf. Den lovede adgang til Sygehusmedicinregistret forventes at bibringe mulighed for komplette medicinske behandlingsdata, og dermed nye muligheder for reel kvalitetsovervågning af området.

Indtil da kan det af Tabel 5-7 ses, at anvendelse af den initiale endokrine terapi, om end med store interregionale variationer, er rimelig stabil. Det samme forhold gør sig gældende for behandling med ARTA (androgen-receptor-targeted-agents) og cytostatika.

Den månedligt administrerede GnRH antagonist anvendes udelukkende i Region Hovedstaden og Region Syddanmark.

Anvendelse af medicinsk knogleprofylakse udgøres altovervejende med denosumab. Over halvdelen heraf anvendes i Region Midtjylland, hvor alle i kastrationsbehandling i udgangspunktet tilbydes denne knogleprofylakse.

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

## 6. Beskrivelse af sygdomsområdet

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

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

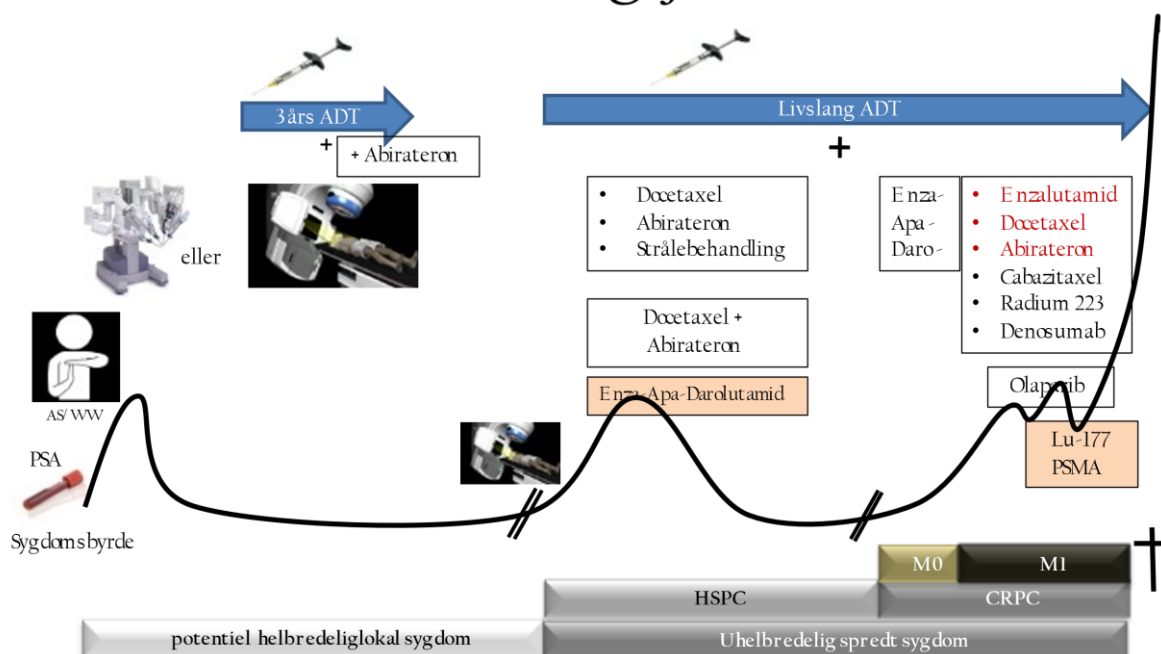
Det kliniske dilemma med overdiagnosticering af klinisk, ikke betydelige kræfttilfælde forventes i forbindelse med den aktuelle implementering af den MR-baserede diagnostiske strategi markant nedbragt. Prostatacancer udvikler sig yderst individuelt, og forløbet for den enkelte kan i det tidlige sygdomsstadie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

I Danmark udføres årligt omkring 1.200 radikale prostatektomier. Dette gøres i dag for praktiske formål udelukkende ved hjælp af såkaldt robotkirurgi, hvor prostata og sædblærer fjernes med efterfølgende sammensyning af blærehals og urinrør, evt. suppleret med fjernelse af regionale bækken-lymfeknuder. Patienten udskrives typisk dagen efter operationen med et åbenstående blærekateter, som fjernes ved et ambulant besøg 6-8 dage senere. Da sygdomskortlægningen inden behandlingstilbud fortsat er yderst usikker, viser ca. 1/3 af forventede intraprostatiske tumorer (cT1-2) sig reelt at være ekstraprostatiske (pT3) og 1/4 endog med efterladt tumorvæv, såkaldte tumorpositive kirurgiske marginer. Disse patienter har øget risiko for senere sygdomstilbagefald. Ca. halvdelen af de diagnosticerede patienter bliver behandlet med operation eller strålebehandling. Behandlingerne er centraliseret til relativt få centre.

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

Ved spredning af sygdommen til f.eks. knoglerne er sygdommen uhelbredelig, men vil typisk kunne holdes i ro i flere år på kastrationsbehandling i kombination med kemoterapi, strålebehandling eller nyere hormonbehandling (Figur 9-1). Ved progression herefter vil sygdommen være kastrationsresistent (CRPC) og for blot 10 år siden var den gennemsnitlige overlevelse herefter under et år. I dag er der tilkommet en række medicinske behandlinger, som hver især kan bibringe måneders levetidsforlængelse, så overlevelsen i denne sygdomsfase nu gennemsnitligt er forlænget til omkring tre år.

# Behandlingsforløb



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



## 7. Datakomplethed og dækningsgrad

Databasens population er baseret på udtræk fra Patologiregisteret og Landspatientregisteret. Databasen tilstræber at indsamle data for personer med en patologisk verificeret prostatakraftdiagnose i Danmark, og databasen er derfor nær 100% komplet sammenlignet med Patologiregisteret, idet der dog kan være enkelte personer som er diagnosticeret i udlandet og der kan være nogle få tilfælde hvor en patologisk diagnose fejlagtigt ikke er registreret i Patologiregisteret.

Cancerregisteret kan anvendes som grundlag for opgørelse af et forventet antal nye diagnoser pr. år. I 2021 havde databasen 4.356 nye tilfælde, hvilket er 94,3% af den samlede incidens i året ifølge Cancerregisteret (4.620 tilfælde). Det er forventeligt, at der er prostatacancerdiagnoser i Cancerregisteret, der ikke er patologisk verificeret, fx for en person med biokemiske mål og radiologisk undersøgelse som viser klare tegn på prostatakraft, men hvor der ikke foreligger en vævsprøve. Det kan derfor konkluderes at databasens dækningsgrad med stor sandsynlighed er 95% eller højere.

## 8. Identifikation af patientpopulationen

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

### Inklusionskriterier

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

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

ELLER

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

### Eksklusionskriterier

Patienter, der opfylder følgende kriterier ekskluderes:

- Patienter med rekvisitioner med inkonklusiv prostatacancerdiagnose, dvs. en obs. pro diagnose (ÆYYY00) i umiddelbar sekvens efter en af de relevante M-koder, medmindre der er en anden relevant M-kode uden ÆYYY00 og/eller en diagnose indeholdende ÆF4620 uden ÆYYY00 i sekvens på samme rekvisition ekskluderes.
- Patienter med erstatnings cpr-nummer.
- Patienter der diagnosticeres som følge af fjernelse af blære (KKCC10, KKCC11, KKCC20 eller KKCC21).

### Tilskrivning af indikatorer

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

## 9. Indikatoralgoritmer

Tabel. Indikatoralgoritmer

Nr.	Indikator	Indikator	Nævner	Tæller	Uoplyste
1	Indlæggelses-hyppighed efter biopsi	Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)	Biopsier af prostata (procedurekode KTKE00* i LPR) udført i rapporteringsåret på alle patienter <sup>1</sup> i DaProCadata	Indlæggelse uanset årsag indenfor 7 dage efter dato for TRUS biopsi	
2	Positiv kirurgisk margin (pT2)	Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med tumorpositive kirurgiske rande	Patienter <sup>1</sup> som <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ er radikalt prostatektomerede (procedurekode KKEC* i LPR)</li> </ul> OG <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ har patologisk T-stadie: T77* (prostata og vesicula seminalis) OG Mxxxx3 OG P306X0 (ektomi) OG pT-stadie=2: ÆF184x (på samme rekvisition og samme materiale)</li> </ul>	Patienter i nævneren som har positiv kirurgisk margin (M-kode: M09401 (resektionsrande ikke frie ELLER M09406 resektionsflade ikke frie ELLER M09411 laterale resektionsrand ikke frie) i Patologiregisteret) på ektomi-præparat (P306X0)	

3	Positiv kirurgisk margin (pT3)	Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med tumorpositive kirurgiske rande	<p>Patienter<sup>1</sup> som</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ er radikalt prostatektomerede (procedurekode KKEC* i LPR)</li> </ul> <p>OG</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ har patologisk T-:</li> </ul> <p>T77* (prostata og vesicula seminalis)  OG Mxxxx3  OG P306X0 (ektomi)  OG pT-stadie=3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ÆF1850 pT3 Tumor uden for prostata ELLER</li> <li>- ÆF1851 pT3a Indvækst i periprostatisk væv ELLER</li> <li>- ÆF1852 pT3b Indvækst i vesicula seminalis (på samme rekvisition og samme materiale)</li> </ul>	Patienter i nævneren som har positiv kirurgisk margen (M-kode: M09401 (resektionsrande ikke frie ELLER M09406 resektionsflade ikke frie ELLER M09411 laterale resektionsrand ikke fri) i Patologiregisteret) på ektomi-præparat (P306X0)
4	Postoperativ komplikation	Andel af radikalt prostatektomerede med komplikation af Clavien-Dindograd mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi	Patienter <sup>1</sup> som er radikalt prostatektomerede (procedurekode KKEC* i LPR)	Patienter i nævneren som får komplikation, Clavien-Dindo-grad 3 eller højere, indenfor 90 dage efter prostatektomi
5	Aktiv behandling: lavrisikogruppe	Andel af patienter i EAU lavrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyter api indenfor 90 dage efter diagnose	Patienter <sup>1</sup> i EAU lavrisikogruppe <sup>3</sup> med mindst 3 måneders follow-up fra diagnose	Patienter i nævneren som har fået stråle- eller kirurgisk behandling indenfor 3 måneder efter diagnose
6	Aktiv behandling: højrisikogruppe	Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose	Patienter <sup>1</sup> i EAU højrisikogruppe <sup>3</sup> med mindst 6 måneders follow-up fra diagnose	Patienter i nævneren som er behandlet kirurgisk eller er startet kurativ strålebehandling indenfor 6 måneder efter diagnose

---

7	MR ved diagnose	Andel af prostata-cancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE*) ved diagnose (+/- 30dg)	Alle nydiagnosticerede patienter <sup>1</sup>	Patienter i nævneren med MR-skanning af abdomen og bækken (UXMD*/UXMG10) eller MR-vejledt biopsi (KTKE00A2/-3, KTKE00B2/-3) indenfor 30 dage før/efter diagnosedato
---	-----------------	--	---	---

---

<sup>1</sup> Jævnfør identifikation af patientpopulation beskrevet i afsnit 8 'Identifikation af patientpopulation'

---

## Supplerende indikatorer:

Nr.	Indikator	Indikator	Nævner	Tæller	Uoplyste
1a(suppl)	Indlæggelses- hyppighed efter biopsi (transrektal)	Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi (transrektale), der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)	Biopsier af prostata (procedurekode KTKE00A* i LPR) udført i rapporteringsåret på alle patienter <sup>1</sup> i DaProCadata	Indlæggelse uanset årsag indenfor 7 dage efter dato for TRUS biopsi	
1b(suppl)	Indlæggelses- hyppighed efter biopsi (transperineal)	Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi (transperineale), der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)	Biopsier af prostata (procedurekode KTKE00B* i LPR) udført i rapporteringsåret på alle patienter <sup>1</sup> i DaProCadata	Indlæggelse uanset årsag indenfor 7 dage efter dato for TRUS biopsi	
1c(suppl)	Indlæggelses- hyppighed efter biopsi (uspecifik)	Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi (uspecifik), der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)	Biopsier af prostata (procedurekode KTKE00 i LPR) udført i rapporteringsåret på alle patienter <sup>1</sup> i DaProCadata	Indlæggelse uanset årsag indenfor 7 dage efter dato for TRUS biopsi	
8(suppl)	PI-RADS ved MR-aktivitet	Andel af prostatacancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE*) ved diagnose (+/- 30dg), der	Alle nydiagnosticerede patienter <sup>1</sup> med MR- aktivitet ved diagnose	Patienter i nævneren med registreret PI-RADS-score (ZZRF01-ZZRF05)	

		har fået registreret PI-RADS-score	(MR-skanning af abdomen og bækken (UXMD*/UXMG10) eller MR-vejledt biopsi (KTKE00A2/-3, KTKE00B2/-3) indenfor 30 dage før/efter diagnosedato)	
9(suppl)	MDT ved diagnose	Andel af prostatacancerpatienter med registreret MDT-aktivitet (ZZ0190D) ved diagnose (+/- 60dg)	Alle nydiagnosticerede patienter <sup>1</sup>	Patienter i nævneren med registreret MDT (ZZ0190D) indenfor 60 dage før/efter diagnosedato

<sup>1</sup> Jævnfør identifikation af patientpopulation beskrevet i afsnit 8 'Identifikation af patientpopulation'

<sup>2</sup> Clavien-Dindo-grad baseret på registrering af komplikationer i LPR. Se kodeliste i Appendiks.

Grad 3: Diagnose = DT813\*, DT810H, DT810I, DT814A, DT814B, DT814C, DT814I, DT817E, DT817E3, DT813U, DT812V, DT812W, DN320A, DK913\*, DN991\* ELLER Procedure = KKWA00, KKWF00, KKWF01, KKWD00, KKWE00, KKWE01, KKWE02, KKWB00, KKWC00, KKWC01, KKWW96, KKWW97, KKWW98, KQBB00B, KQBB00A, BNPA4\*, KQBB10\*

Grad 4: Diagnose = DT814D, DT814P, DT817D, DN990\* ELLER Procedure = BNPA92

Grad 5: Død

<sup>3</sup> EAU risikovurdering, baseret på cTNM og PSA ved diagnose, samt Gleasonscore på diagnose-biopsi:

Uden for risikovurdering: M1/N1 (cM1 eller cN1)

Høj risiko cT>cT2b ELLER PSA >=20 ELLER Gleasonscore>7

Intermediær risiko (cT2b ELLER 10<psa <20 ELLER Gleasonscore=7) og ingen værdier (cT, PSA eller Gleason) kvalificerer til høj risiko

Lav risiko (cT1c/cT2a og PSA <=10 og Gleasonscore <7) og ingen værdier (cT, PSA eller Gleason) kvalificerer til høj/intermediær risiko

Ukendt Alle øvrige, der ikke kan kategoriseres/ikke har registreret cTNM



# 10. Styregruppens medlemmer

## Formandskab

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

## Øvrige styregruppemedlemmer

Overlæge, ph.d. Lise Bentzen, Onkologisk Afdeling, Sygehus Lillebælt, Vejle,

Overlæge Johanna Elversang, Patologiafdelingen, Rigshospitalet,

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

Afdelingslæge Frederik Harving, Patologiafdelingen, Aalborg Universitetshospital,

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

Overlæge Vibeke Løgager, Afdeling for Røntgen og Skanning, Herlev og Gentofte Hospital,

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

Ole Jensen, patientrepræsentant

## Epidemiolog

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

## Biostatistikere og datamanager

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

## Kontaktperson

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

## Dataansvarlig myndighed

Region Midtjylland - repræsenteret ved databasens kontaktperson

# 11. Kodeark

## Kodning til Landspatientregisteret ved prostatacancer – DAPROCAdata

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

### MR-aktivitet ved diagnose (+/- 30 dage)

UXMD*	MR-skanninger af abdomen og bækken
KTKE00A2	Transrektal nålebiopsi af prostata, MR vejledt
KTKE00A3	Transrektal nålebiopsi af prostata, vejledt af MR/UL-fusion
KTKE00B2	Perkutan transperineal nålebiopsi af prostata, MR-vejledt
KTKE00B3	Perkutan transperineal nålebiopsi af prostata, vejledt af MR/UL-fusion

### cTNM

AZCD10	cT0: Primær tumor ikke påvist
AZCD13	cT1: Primær tumors størrelse/udstrækning (uspecifik cT1: klassificeres som cT1c i DAPROCA-risikovurdering)
AZCD13A*	cT1a: Primær tumors størrelse/udstrækning
AZCD13B*	cT1b: Primær tumors størrelse/udstrækning
AZCD13C*	cT1c: Primær tumors størrelse/udstrækning
AZCD14	cT2: Primær tumors størrelse/udstrækning (uspecifik cT2: klassificeres som cT2a i DAPROCA-risikovurdering)
AZCD14A*	cT2a: Primær tumors størrelse/udstrækning
AZCD14B	cT2b: Primær tumors størrelse/udstrækning
AZCD14C	cT2c: Primær tumors størrelse/udstrækning
AZCD15	cT3: Primær tumors størrelse/udstrækning
AZCD15A	cT3a: Primær tumors størrelse/udstrækning
AZCD15B	cT3b: Primær tumors størrelse/udstrækning
AZCD16	cT4: Primær tumors størrelse/udstrækning
AZCD19	cTx: Oplysning om tumors størrelse foreligger ikke i afdelingen
AZCD30*	cN0: Ingen regionale lymfeknudemetastaser
AZCD31*	cN1: Regional lymfeknudemetastase
AZCD39	cNx: Oplysning om regional lymfeknudestatus foreligger ikke i afdelingen
AZCD40	cM0: Ingen fjernmetastaser
AZCD41*	cM1: Fjernmetastase

\*: Alle specifikke under-klassifikationer inkluderes

**Milepæle**

DC61.9	Prostatacancer
DC61.9Y	Prostatacancer PSA-recidiv efter tidligere intenderet kurativ behandling
DC61.9Z	Kastrationsresistent prostatacancer (CRPC)

**PI-RADS (Prostate Imaging-Reporting and Data System) score ZRRF**

PI-RADS 1	ZRRF01
PI-RADS 2	ZRRF02
PI-RADS 3	ZRRF03
PI-RADS 4	ZRRF04
PI-RADS 5	ZRRF05
PI-RADS ikke gennemført	ZRRFXX

**Nålebiopsi af prostata KTKE00**

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

**Observation**

ZZ4252A	Watchful waiting
ZZ4252B	Active surveillance

**Radikal prostatektomi = KKEC**

KKEC00	Retropubisk radikal prostatektomi
KKEC00A	Retropubisk ikke nervesparende radikal prostatektomi
KKEC00B	Retropubisk enkeltsidigt nervesparende radikal prostatektomi
KKEC00C	Retropubisk dobbeltsidigt nervesparende radikal prostatektomi
KKEC01	Perkutan endoskopisk radikal prostatektomi
KKEC01A	Perkutan endoskopisk ikke nervesparende radikal prostatektomi
KKEC01B	Perkutan endoskopisk enkeltsidigt nervesparende radikal prostatektomi
KKEC01C	Perkutan endoskopisk dobbeltsidigt nervesparende radikal prostatektomi

**Strålebehandling =BWG**

BWG+ZPZA02C Primær kurativ ekstern strålebehandling

BWG+ZPZA02A Adjuverende/salvage ekstern strålebehandling

BWG+BWGE Brachyterapi

BWG+BWGG5 Isotoperapi med radium-223 diklorid

BWG+ ZPZA05 Palliativ strålebehandling

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

**Endokrin terapi**

ML02BB Antiandrogen

ML02BB03 Bicalutamid

ML02BB05 Apalutamid

ML02BB06 Darolutamid

BWHC3 GNRH analog

BBHG33 GNRH antagonist

KKFC10, 11 eller 13 Orchiectomi bilateralis

BWHC50 Abirateron

BWHC 51 Enzalutamid

Type + ZPZA02A Adjuverende endokrin terapi

**Lægemiddelstofklassifikation ATC:**

ML02BB03 Bicalutamid

ML02BB04 Enzalutamid

ML02BB05 Apalutamid

ML02BB06 Darolutamid

**Cytostatisk behandling =BWHA**

BWHA208 Docetaxel

BWHA263 Cabazitaxel

**Poly (ADP-ribose) polymerase (PARP) hæmmere**

**ML01XK** ML01XK01 Olaparib

**Anden medicinsk behandling**

BWHB40 Bisfosfonat

BWHB42 Denosumab

BWGG5 Radium-223

BWDB02 Forsøgsmedicin

### **Multidisciplinær team (MDT) konference**

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

### **Komplikationer**

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

#### *Definitioner*

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

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

**Reoperation:** Operation foretaget for en postoperativ komplikation.

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

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

Væsentlige komplikationer med følger eller potentielle følger for patienten skal altid diagnoseregistreres som bi-diagnose eller evt. som aktionsdiagnose. Komplikationen kan også være årsag til en ny kontakt (f.eks. genindlæggelse) med kirurgisk indgreb, hvor komplikationen så er aktionsdiagnose. Herved vil det umiddelbart fremgå, hvorfor patienten opereres.

### **Postoperative komplikationer**

#### **Sårruptur**

DT813 Postoperativ sårruptur

**Blødning** (kun transfusionskrævende blødninger registreres)

DT818F Peroperativ blødning

- DT810G Postoperativ blødning
- DT810H Postoperativt hæmatom
- DT810I Blæretamponade

### **Infektioner**

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

### **Tromboemboliske komplikationer**

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

### **Andre postoperative komplikationer**

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

### **Kodning til Landsregister for patologi ved prostatacancer**

Der anvendes en kodevejledning ved prostatacancer på

[www.patobank.dk/Kodevejledninger/Prostatacancer](http://www.patobank.dk/Kodevejledninger/Prostatacancer).

## 12. Komplikationer efter radikal prostatektomi (Indikator 4).

Clavien-Dindo klassifikationen opdeler komplikationer i fem grader (I-V), hvor grad I er enhver afvigelse fra det normale postoperative forløb uden behov for farmakologisk behandling eller kirurgiske, endoskopiske og radiologiske indgreb. Tilladte terapeutiske regimer: antiemetika, antipyretika, analgetika, diuretika, elektrolytter og fysioterapi. Grad II er komplikationer, der kræver farmakologisk behandling med andre lægemidler end tilladt i grad I. Behovet for blodtransfusioner og total parenteral ernæring er også inkluderet. Grad III bestående af komplikationer, der kræver kirurgisk, endoskopisk og radiologisk indgreb, med subklassificeringer af interventionerne til IIIa, ikke under generel anæstesi, og IIIb, under generel anæstesi. Grad IV er livstruende komplikationer, med undergrupper IVa ved enkeltorgandysfunktion og IVb ved multiorgandysfunktion. Grad V er enhver komplikation, der forårsager en patients død.

Indikator 4 blev indført i 2021 årsrapporten og søger at måle forekomsten af kirurgiske komplikationer efter radikal prostatektomi med en programmeret Clavien-Dindo score. Der anvendes i beregningen de specifikke registrerede komplikationer. Indikatorberegningen er foretaget med LPR3 data fra årene 2019-2022. Beregningen forudsætter tre måneders opfølgningstid.

<u>Procedurer og diagnoser:</u>	<u>SKS-kode</u>	<u>Graderingscore</u>
<b>Sårruptur</b>		
Postoperativ sårruptur	DT813	3
<b>Blødning</b>		
Peroperativ blødning	DT818F	2
Postoperativ blødning	DT810G	2
Postoperativt hæmatom	DT810H	3
Blæretamponade	DT810I	3
<b>Infektioner</b>		
Postoperativ sårinfektion	DT814H/DT814F	2
Absces i operationscicatrice	DT814A	3
Postoperativ intraabdominal absces	DT814B/DT814C/DT814I	3
Postoperativ sepsis	DT814D	4
Postoperativ pneumoni	DT814P	4
Postoperativ urinvejsinfektion	DT814U	2
Anden postoperativ infektion	DT814X	2
<b>Tromboemboliske komplikationer</b>		
Postoperativ lungeemboli	DT817D	4
Postoperativ dyb venetrombose	DT817C	2
Tromboembolisk komplikation (anden)(UNS)	DT817B	2

**Andre postoperative komplikationer**

Postoperativt lymfocele	DT817E/DT817E3	3
Postoperativ komplikation ved anastomose i urinveje	DT813U	3
Peroperativ læsion af organ med samtidig intervention	DT812V	3
Peroperativ læsion af organ uden samtidig intervention	DT812W	3
Postoperativ ileus (behov for operation)	DK913*	3
Urinblærehalsstenose	DN320A	3
Uretrastriktur efter indgreb el kateterisation	DN991*	3
Uræmi efter indgreb	DN990*	4
Død		5

**Behandling:**

Sutur af sårruptur inkl. fascieruptur	KKWA00	3
Reoperation for sutur- eller anastomoseinsufficiens	KKWF00/01	3
Reoperation for blødning	KKWD00/KKWE00 /KKWE01/KKWE02	3
Reoperation for infektion	KKWB00/KKWC00/ KKWC01	3
Anden åben reoperation	KKWW96/KKWW97/ KKWW98	3
Resuturering af hud	KQBB00B	3
Sekundær sårsutur	KQBB00A	3
Skiftning af sår	BNPA4*	3
Større sårskifte	KQBB10*	3
Sårbehandling med vakuum	BNPA92	4
Blodtransfusion	DT802*,BPH*	2
Systemisk antibiotikabehandling af infektionssygdomme	BOQA*	2



## 13. Kommentarer fra regionerne

Region Nordjylland:

Som det fremgår af en kommentar i årsrapporten for 2022, har der både i Odense og i Aalborg været indberetningsproblemer til LPR3 for patienter, der har fået kurativt intenderet strålebehandling efter overgang til nyt journalsystem. I Region Nordjylland er der trukket data fra ARIA systemet på Onkologisk Afdeling, Aalborg UH for patienter med diagnosen prostatacancer, som har fået første strålebehandling i 2022 og som har fået 39 strålebehandlinger. Der er herved identificeret 59 patienter, et næsten 3 gange så stort antal i forhold til DAPROCA datas 22 patienter. Det er dermed en fordobling i antallet af strålebehandlede sammenlignet med 2021. 59 patienter svarer til 10 procent af de strålebehandlede i Danmark, og er helt i overensstemmelse med, hvad man kan forvente i forhold til befolkningsgrundlag. Dernæst giver det en ratio på 1/3 for RT overfor prostatektomi hvilket er tæt på landsgennemsnittet.

Dette ændrer også på antallet af højrisikopatienter, som er behandlet indenfor 180 dage, hvor de manglende patienter bringer Region Nordjylland op på over 70 procent, hvilket også ændrer markant på den aldersstandardiserede incidens for kurativ strålebehandling.

Det forventes, at der for indeværende år ikke bliver samme problemstilling i forhold til indberetning til LPR3, og at de tal, der trækkes fra indeværende år, vil være korrekte.

Region Midtjylland: Ingen kommentarer

Region Sjælland: Ingen kommentarer

Region Syddanmark: Ingen kommentarer

Region Hovedstaden: Ingen kommentarer



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram