

Dansk Sarkom Database (DSD)

Årsrapport 2017

Dækker fra perioden 1. januar 2009 til 31. december 2016

**Sidste opgørelsesperiode:
fra 1. januar 2016 til 31. december 2016**



Indledning

Hermed foreligger årsrapport fra Dansk Sarkomdatabase (DSD) for perioden 1.1. - 31.12.2016. P.g.a. omstruktureringer i RKKP, som først relativt sent er faldet på plads bl.a. med ny klinisk epidemiolog og ny analytisk datamanager, er rapporten i år forsinket, og datakørslen har først relativt sent kunnet gennemføres. Vi har derfor a.h.t. til en nogenlunde tidstro afrapportering i år valgt ikke at ændre væsentligt i datafremstillingen sammenholdt med tidligere.

Hvorfra udgår rapporten?

Rapporten er udarbejdet af styregruppen for DSD i samarbejde med Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), med deltagere fra Afdeling for Epidemiologi og Biostatistik samt Afdeling for Klinisk Koordination. Kontaktperson for DSD i styregruppen er Peter Holmberg Jørgensen, overlæge, dr. med, Ortopædkirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Nørrebrogade 44, 8000 Aarhus C, e-mail: peter.holmberg@aarhus.rm.dk

Klinisk epidemiolog for DSD er cand.scient.san.publ., ph.d., Birgitte Schütt Christensen, Afdelingen for Epidemiologi og Biostatistik, RKKP, e-mail: biscch@rkkp.dk

Analytisk datamanager for DSD er cand.scient.san.publ., Anders Ørberg fra Afdelingen for Epidemiologi og Biostatistik, RKKP. Anders har lavet analyserne i årsrapporten.

Kontaktperson for DSD i RKKP er kvalitetskonsulent Anne Haagen Hjelm, Olof Palmes Allé 15, 8200 Århus N, tlf. 21 68 68 35 og email: annhje@rkkp.dk.

Indholdsfortegnelse

1. Konklusioner og anbefalinger	4
2. Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater	5
3. Kvalitetsindikatorer	6
Indikatorområde 1. Andel af patienter, hvor en given udredningsmodalitet udføres.	6
Indikatorområde 2: Tilstrækkelig kirurgisk margen.	9
Indikatorområde 3: Postoperativ strålebehandling.....	10
Indikatorområde 4: Klinisk kontrol indenfor 180 dage	12
Indikatorområde 5. Lokal recidiv eller fjernmetastase indenfor 5 år efter operation.....	13
4. Generelle resultater	15
5. Udbredning	23
6. Operation	32
7. Patologi	34
8. Onkologisk behandling	36
9. Mortalitet	38
10. Beskrivelse af sygdomsområdet	41
11. Styregruppens medlemmer.....	42
12. Datagrundlag og beregningsgrundlag.....	43

1. Konklusioner og anbefalinger

Indikatoropfyldelsen har i 2016 været højere end i de tidligere år. Dog er standarden for 5 års lokalrecidiv overskredet for de patienter, der blev inkluderet i databasen i 2011. Der er tale om få patienter (3 patienter i København, 4 patienter i Aarhus) og det skyldes formentlig, at der er en del patienter, hvor man p.g.a. af uacceptabel høj morbiditet har valgt ikke at foretage vide resektioner.

Mortaliteten er undersøgt ved udtræk fra cpr-registeret, men vi kan ikke på basis af registreringerne i databasen sige noget sikkert om dødsårsagen. Bl.a. er der en del ældre mennesker, der får et sarkom, og de har derfor stor risiko for at dø af anden årsag end sarkomet. Forhåbentlig bliver det på et tidspunkt muligt at samkøre databasen med sygdomsregistre m.h.p. en bedre vurdering af den sarkomspecifikke mortalitet, og det vil være et fokusområde for udvikling af databasen i de kommende år.

*Peter Holmberg Jørgensen
Aarhus d. 10.12.2017.*

2. Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater

Indikator	Standard	Indikatoropfyldelse % (95% CI)			
		2016 1.jan-31.dec	2015	2014	2013
Indikator 1a: Andelen af patienter, hvor en MR eller CT af tumor hos patienter med subfasciel tumor udføres.	Mindst 95%	100.0 (95.5 - 100.0)	97.0 (92.5 - 99.2)	97.6 (94.0 - 99.3)	87.1 (79.9 - 92.4)
Indikator 1b: Andelen af patienter, hvor CT af thorax eller PET/CT hos patienter med intermediært og højmaligne tumorer udføres.	Mindst 95%	95.2 (90.7 - 97.9)	92.3 (87.7 - 95.7)	96.6 (93.1 - 98.6)	85.7 (79.5 - 90.6)
Indikator 1c: Andelen af patienter, hvor knoglescintigrafi eller PET/CT hos patienter med intermediært og højmaligne knogletumorer udføres.	Mindst 95%	97.3 (85.8 - 99.9)	87.5 (71.0 - 96.5)	87.2 (72.6 - 95.7)	82.8 (64.2 - 94.2)
Indikator 2: Andelen af patienter, der ikke skal foretage re-resektion pga. utiltrækkelig kirurgisk margin.	Højst 10%	3.1 (1.1 - 6.6)	6.1 (3.3 - 10.3)	5.6 (3.0 - 9.4)	6.2 (3.2 - 10.6)
Indikator 3: Andelen af patienter, der efter operationen påbegynder strålebehandling inden for 60 dage efter operationsdato.	Mindst 80%	85.0 (62.1 - 96.8)	71.4 (53.7 - 85.4)	72.7 (57.2 - 85.0)	65.5 (45.7 - 82.1)
Indikator 4: Andelen af patienter, der kommer til første kliniske kontrol efter afsluttet behandling indenfor 180 dage.	Mindst 90%	93.6 (88.8 - 96.8)	68.0 (61.1 - 74.3)	71.2 (65.0 - 77.0)	77.5 (71.1 - 83.0)

Indikator	Standard	Indikatoropfyldelse % (95% CI)	
		2011 1.jan-31.dec	2010
Indikator 5a: {Andelen af patienter, der får lokalt recidiv indenfor 5 år.}	Højst 20%	25.0 (18.0 - 33.1)	21.8 (15.6 - 29.1)
Indikator 5b: Andelen af patienter, der får fjerne metastase indenfor 5 år.	Højst 30%	24.8 (18.0 - 32.7)	26.8 (20.2 - 34.3)

3. Kvalitetsindikatorer

Kun patienter med første kontaktdato registreret i databasen er inkluderet i beregning af indikatorer. Indikatorerne er opgjort i forhold til dato for første kontakt.

Indikatorområde 1. Andel af patienter, hvor en given udredningsmodalitet udføres.

Mål: Er de anvendte udredningsmodaliteter i overensstemmelse med DSG's referenceprogram. **Standard:** over 95 %.

Klinisk epidemiologisk/statistisk kommentar

Indikator 1a: MR eller CT af tumor er på landsplan udført hos 100 % af patienterne i 2016, hvilket er en stigning i forhold til 2015. Både København og Aarhus lever op til målsætningen på over 95 % i de seneste 3 opgørelsesperioder.

Indikator 1b: CT af thorax eller PET/CT er udført på landsplan hos 95,2 % af patienter med lavmaligne tumorer i 2015 og dermed er standarden opfyldt på landsplan, men fortsat ikke i København (88,2 %). Aarhus Sygehus har opfyldt standarden de seneste tre opgørelsesperioder.

Indikator 1c: Knoglescintigrafi eller PET/CT er udført på landsplan hos 97,3 % af patienter med intermedieære og højmaligntumorer i 2016, hvorved standarden på over 95 % er opfyldt på landsbasis. Standard er endnu ikke opfyldt i København (88,9 %), men indikatoropfyldelsen er steget siden sidste opgørelsesperiode (77,8 % i 2015).

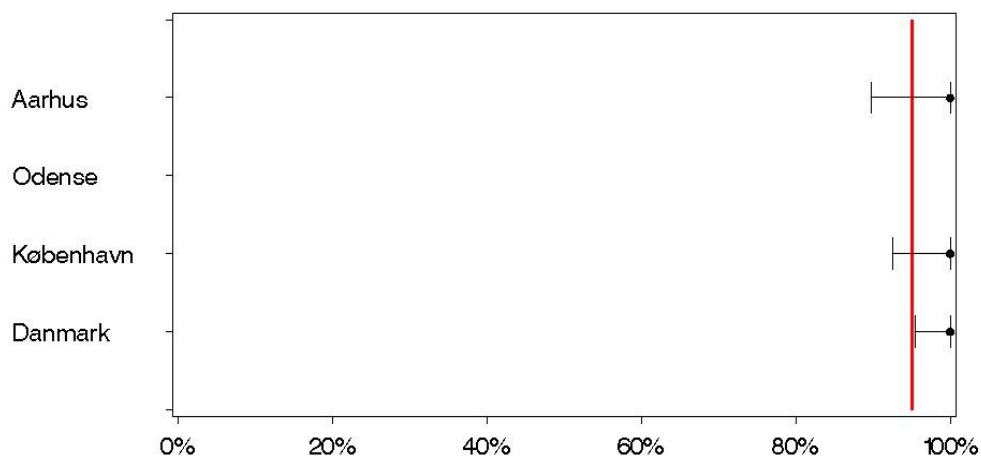
Faglig klinisk kommentar: Sarkomer spreder sig primært til lungerne, og patienterne blev tidligere udelukkende udredt med CT. Metastasering til andre anatomiske regioner ses dog også, og anvendelse af PET-CT i de senere år har øget den diagnostiske præcision yderligere.

Anbefaling til indikatorområde 1: Ingen, ud over fortsat opmærksomhed på at få udført de forskellige procedurer.

Indikator 1a: Andel af patienter, hvor MR- eller CT-skanning af tumor hos patienter med subfasciel tumor udføres

	Standard	Tæller/ Nævner	Tidligere år						
			Aktuelle år 2016	2015		2014		2013	
			% (95% CI)	Tæller/ Nævner	% (95% CI)	Tæller/ Nævner	% (95% CI)	Tæller/ Nævner	% (95% CI)
Danmark	Ja	81/81	100.0 (95.5 - 100.0)	129/133	97.0 (92.5 - 99.2)	163/167	97.6 (94.0 - 99.3)	108/124	87.1 (79.9 - 92.4)
København	Ja	47/47	100.0 (92.5 - 100.0)	61/63	96.8 (89.0 - 99.6)	79/81	97.5 (91.4 - 99.7)	58/71	81.7 (70.7 - 89.9)
Odense	-	-							
Aarhus	Ja	34/34	100.0 (89.7 - 100.0)	68/70	97.1 (90.1 - 99.7)	84/86	97.7 (91.9 - 99.7)	50/53	94.3 (84.3 - 98.8)

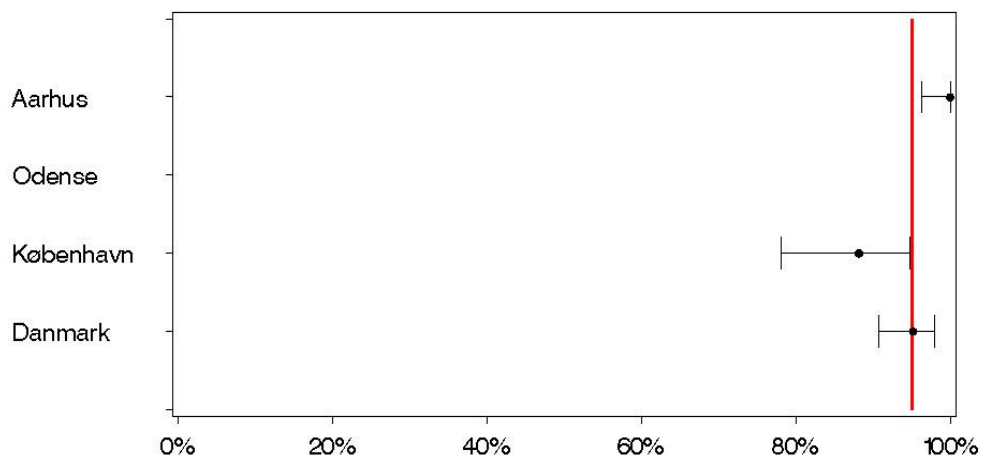
Indikator 1a



Indikator 1b: Andel af patienter, hvor CT af thorax eller PET/CT skanning hos patienter med intermediært eller høj maligne tumorer udføres

Standard opfyldt	Tæller/ Nævner	Aktuelle år 2016 % (95% CI)	Tidligere år					
			2015		2014		2013	
			Tæller/ Nævner	% (95% CI)	Tæller/ Nævner	% (95% CI)	Tæller/ Nævner	% (95% CI)
Danmark	Ja	158/166 95.2 (90.7 - 97.9)	181/196	92.3 (87.7 - 95.7)	198/205	96.6 (93.1 - 98.6)	144/168	85.7 (79.5 - 90.6)
København	Nej	60/68 88.2 (78.1 - 94.8)	71/81	87.7 (78.5 - 93.9)	67/72	93.1 (84.5 - 97.7)	67/84	79.8 (69.6 - 87.7)
Odense	-	-	-	-	-	-	-	-
Aarhus	Ja	98/98 100.0 (96.3 - 100.0)	110/115	95.7 (90.1 - 98.6)	131/133	98.5 (94.7 - 99.8)	77/84	91.7 (83.6 - 96.6)

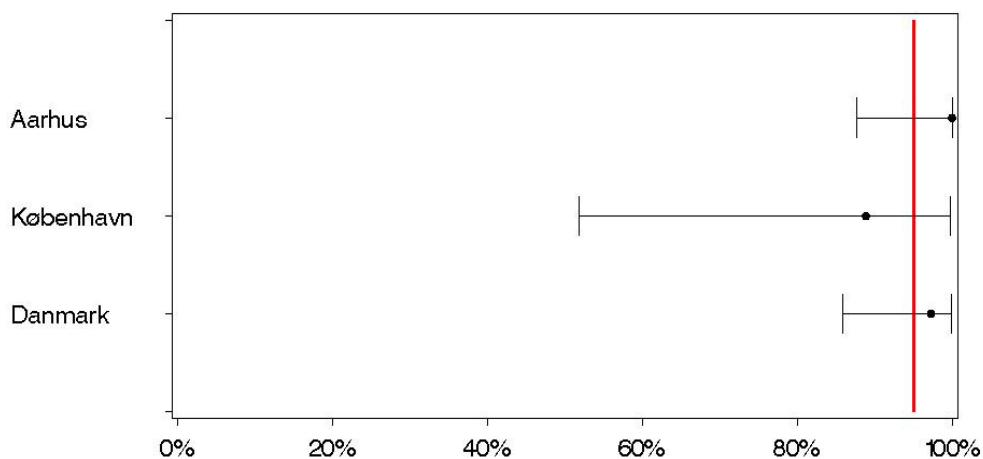
Indikator 1b



Indikator 1c: Andel af patienter, hvor knoglescintigrafi eller PET/CT-skanning hos patienter med intermediært eller høj maligne knogletumorer udføres

Standard opfyldt	Tæller/ Nævner	Tidligere år							
		Aktuelle år 2016	2015		2014		2013		
		% (95% CI)	Tæller/ Nævner	% (95% CI)	Tæller/ Nævner	% (95% CI)	Tæller/ Nævner	% (95% CI)	
Danmark	Ja	36/37	97.3 (85.8 - 99.9)	28/32	87.5 (71.0 - 96.5)	34/39	87.2 (72.6 - 95.7)	24/29	82.8 (64.2 - 94.2)
København	Nej	8/9	88.9 (51.8 - 99.7)	7/9	77.8 (40.0 - 97.2)	15/18	83.3 (58.6 - 96.4)	11/14	78.6 (49.2 - 95.3)
Aarhus	Ja	28/28	100.0 (87.7 - 100.0)	21/23	91.3 (72.0 - 98.9)	19/21	90.5 (69.6 - 98.8)	13/15	86.7 (59.5 - 98.3)

Indikator 1c



Indikatorområde 2: Tilstrækkelig kirurgisk margen.

Mål: At der ikke skal foretages re-resektion p.g.a. utilstrækkelig kirurgisk margen

Standard: Re-resektion hos under 10 %

Klinisk epidemiologisk/statistisk kommentar:

Indikator 2: På landsplan har 3,1 % af patienterne fra 2016 fået foretaget re-resektion af sarkom pga. utilstrækkelig kirurgisk margin og 6,1 % i 2015. Standarden på under 10 % er fortsat opfyldt både på landsplan og i de to indberettende afdelinger. Man skal have in mente, at resultaterne er baseret på et lille antal patienter.

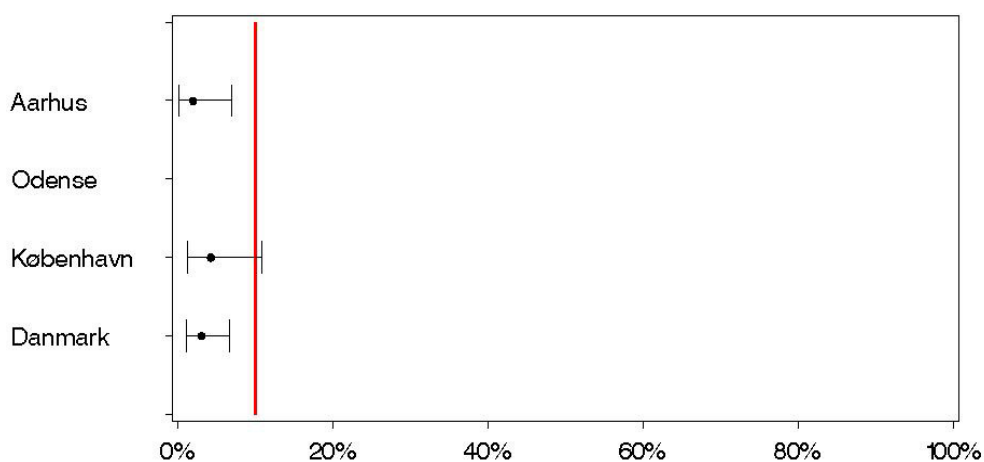
Faglig klinisk Kommentar: Selvom der på årsbasis er tale om få patienter, er det samlede antal patienter efterhånden ganske stort, og standarden har været opfyldt på stort set samme niveau hvert år. Dette tyder på en fortsat veletableret og ensartet behandlingspraksis ved sarkomcentrene.

Anbefaling til indikator 2: Ingen.

Indikator 2: Andel af opererede patienter, hvor der skal foretages re-resektion pga. utilstrækkelig kirurgisk margin

	Standard opfyldt	Tæller/ Nævner	Tidligere år						
			Aktuelle år 2016	2015		2014		2013	
			% (95% CI)	Tæller/ Nævner	% (95% CI)	Tæller/ Nævner	% (95% CI)	Tæller/ Nævner	% (95% CI)
Danmark	Ja	6/194	3.1 (1.1 - 6.6)	13/212	6.1 (3.3 - 10.3)	13/233	5.6 (3.0 - 9.4)	12/194	6.2 (3.2 - 10.6)
København	Ja	4/92	4.3 (1.2 - 10.8)	8/97	8.2 (3.6 - 15.6)	4/115	3.5 (1.0 - 8.7)	7/108	6.5 (2.6 - 12.9)
Odense	-	-							
Aarhus	Ja	##	#	5/115	4.3 (1.4 - 9.9)	9/118	7.6 (3.5 - 14.0)	5/86	5.8 (1.9 - 13.0)

Indikator 2



Indikatorområde 3: Postoperativ strålebehandling.

Mål: At patienter, der efter operation påbegynder strålebehandling inden 60 dage efter operation. Standard: over 80 %

Klinisk epidemiologisk/statistisk kommentar:

Indikator 3: Ekskluderet fra denne indikatorberegning er

- patienter i Sarkomdatabasen uden registrering af stråledato, og
- patienter, der har fået præoperativ strålebehandling, samt
- patienter, som fik kemoterapi før stråleterapi.

Patienterne skal have 60 dages follow-up og være i live indenfor 60 dage efter operation for at indgå i indikator beregningen. Hvis pt. døde uden strålebehandling indenfor 60 dage, bliver vedkommende ekskluderet. Kun patienter, hvor behandlingssigtet er kurativt er medtaget.

På landsplan har 85,0 % af patienter opereret i 2016 påbegyndt strålebehandling indenfor 60 dage, hvormed standarden (på over 80 %) er opfyldt i 2016 på landsbasis og i Aarhus, men ikke i København, hvor der dog har været en betydelig stigning i indikatoropfyldelsen siden sidste opgørelsesperiode (71,4 % i 2016 vs. 61,5 % i 2015).

Klinisk faglig kommentar:

For de tre patienter, hvor indikatoren ikke er opfyldt, er de 60 dage kun overskredet med enkelte dage. Internationalt varierer kravet til strålebehandling efter operation mellem 60 og 80 dage, og man kan diskutere, om standarden er sat for lavt, men vi har valgt at fastholde den.

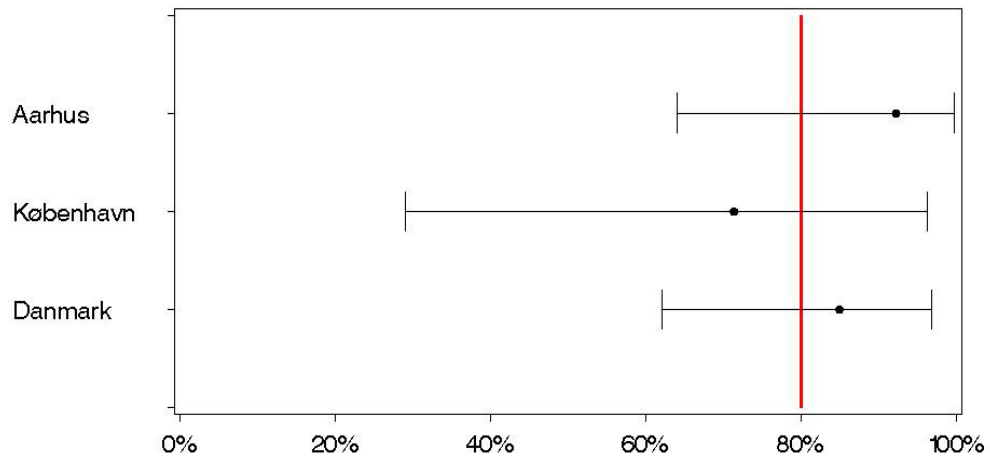
Anbefaling til indikator 3:

Ingen, udover fortsat at appellere til de involverede afdelinger om at lave løbende validering af data.

Indikator 3. Andelen af patienter hvor der er indikation for postoperativ strålebehandling, som påbegynder strålebehandling inden for 60 dage efter operationsdato.

	Standard	Tæller/ opfyldt	Tidligere år							
			Aktuelle år 2016		2015		2014		2013	
			Nævner	% (95% CI)	Tæller/ Nævner	% (95% CI)	Tæller/ Nævner	% (95% CI)	Tæller/ Nævner	% (95% CI)
Danmark	Ja	17/20	85.0 (62.1 - 96.8)	25/35	71.4 (53.7 - 85.4)	32/44	72.7 (57.2 - 85.0)	19/29	65.5 (45.7 - 82.1)	
København	Nej	5/7	71.4 (29.0 - 96.3)	8/13	61.5 (31.6 - 86.1)	11/16	68.8 (41.3 - 89.0)	10/14	71.4 (41.9 - 91.6)	
Odense	-	-								
Aarhus	Ja	12/13	92.3 (64.0 - 99.8)	17/22	77.3 (54.6 - 92.2)	21/28	75.0 (55.1 - 89.3)	9/15	60.0 (32.3 - 83.7)	

Indikator 3



Indikatorområde 4: Klinisk kontrol indenfor 180 dage

Mål: At patienten kommer til klinisk kontrol inden for 180 dage efter afsluttet operation og/eller onkologisk behandling. Standard: over 90 %

Klinisk epidemiologisk/statistisk kommentar:

Indikator 4: Standarden er i 2016 opfyldt på landsplan og i både Aarhus og København.

Pt. skal have minimum 180 dage follow up og være i live indenfor 180 dage efter afsluttet behandling for at indgå i indikator beregningen. Patienter, som fik recidiv inden 180 dage efter afsluttet primærbehandling, indgår ikke i beregning af indikatoren.

Indikatoren er fra denne årsrapport af rettet fra *klinisk kontrol indenfor 210 dage* til *klinisk kontrol indenfor 180 dage* (jf. RKKP dokumentationen). Årsagen til at der tidligere fejlagtigt har stået 210 dage er formentligt, at man nogen gange lægger 10-15 % oven i det interval, man har besluttet sig for.

Faglig klinisk kommentar:

Denne indikator omhandler kun patienter, der efter endt kurativ behandling overgår til et kontrolforløb, hvilket er årsagen til, at tallet er mindre end antallet af nye patienter inkluderet i databasen. Det er glædeligt at se, at der er et velfungerende kontrolsystem for sarkompatienter i Danmark.

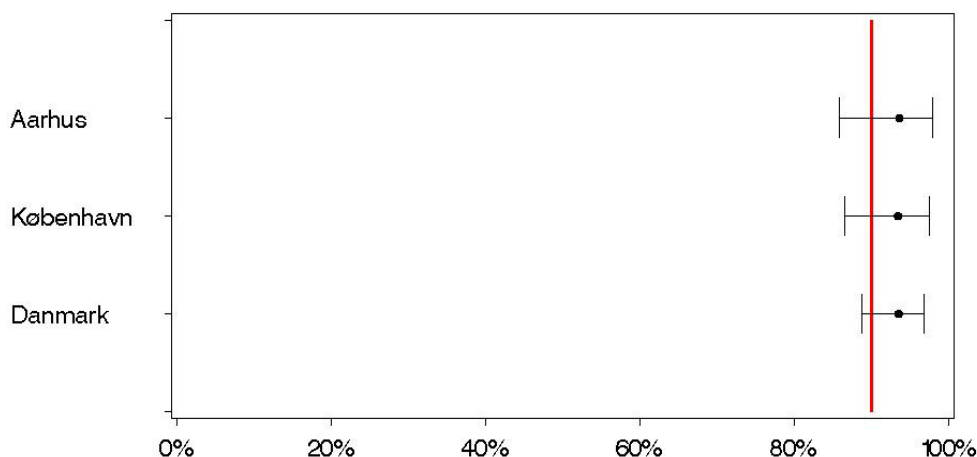
Anbefaling til indikator 4:

Ingen.

Indikator 4. Andelen af patienter, der kommer til første kliniske kontrol efter afsluttet behandling indenfor 180 dage.

	Standard opfyldt	Tæller/ Nævner	Tidligere år						
			Aktuelle år 2016	2015		2014		2013	
			% (95% CI)	Tæller/ Nævner	% (95% CI)	Tæller/ Nævner	% (95% CI)	Tæller/ Nævner	% (95% CI)
Danmark	Ja	161/172	93.6 (88.8 - 96.8)	138/203	68.0 (61.1 - 74.3)	166/233	71.2 (65.0 - 77.0)	158/204	77.5 (71.1 - 83.0)
København	Ja	87/93	93.5 (86.5 - 97.6)	68/97	70.1 (60.0 - 79.0)	77/121	63.6 (54.4 - 72.2)	76/102	74.5 (64.9 - 82.6)
Odense	-	-							
Aarhus	Ja	74/79	93.7 (85.8 - 97.9)	70/106	66.0 (56.2 - 75.0)	89/112	79.5 (70.8 - 86.5)	82/102	80.4 (71.4 - 87.6)

Indikator 4



Indikatorområde 5. Lokal recidiv eller fjernmetastase indenfor 5 år efter operation.

Mål. At der er overensstemmelse med egne tidligere opgørelser og internationale opgørelser. Standard: Lokalrecidiv indenfor 5 år efter operation under 20%. Fjernmetastase indenfor 5 år efter operation under 30 %

Klinisk epidemiologisk/statistisk kommentar:

Indikator 5a. Lokalrecidiv: På landsplan fik 25,0 % af patienterne fra 2011 lokalrecidiv indenfor 5 år efter operation. Standarden på under 20 % er dermed ikke opfyldt i 2011 på landsplan eller på nogle af afdelingerne (Århus og København).

Patienter skal have minimum 5 års follow up og være i live for at indgå i indikatorberegningen (nævneren). Det opgivne år er året for første kontakt. M.h.t. lokalrecidiv er alle patienter, hvor behandlingssigtet ikke var palliativt, medtaget. Patienter, der havde metastase på henvisningstidspunktet, er ekskluderet.

Indikator 5b. Fjernmetastase: På landsplan fik 24,8 % af patienterne opereret i 2011 registreret fjernmetastase indenfor 5 år efter operation. Standarden på under 30 % er dermed opfyldt på landsplan, samt i både Aarhus og København.

Andelen varierer i denne opgørelsesperiode ikke så meget mellem Aarhus (27,7 %) og København (24,3 %) som set i sidste opgørelsesperiode.

Faglig klinisk kommentar vedr. indikator 5a: Der er udført audit på alle patienter, hvor standarden ikke er opfyldt. Alle patienter er behandlet lege artis, men ved begge centre var der i 2010 dels enkelte patienter med meget lavmaligne tumorer, hvor mindre excisionsafstand accepteres, med let øget risiko for recidiv. Dette gælder især de ofte ret store lavmaligne liposarkomer, hvor vid excision og dermed nedsat risiko for malignitet vil være ganske mutilerende. Antallet svinger fra år til år og få patienter i denne kategori, vil kunne ændre indikatoropfyldelsen. I 2016 var dette især tilfældet i København, medens der i Aarhus, blandt de patienter, der fik lokalt recidiv, var 6 patienter med intermedieært til højmaligntumorer lokaliseret i thorax eller retroperitoneum, hvor vid excision ikke var mulig bl.a. p.g.a. overgriben til andre organer.

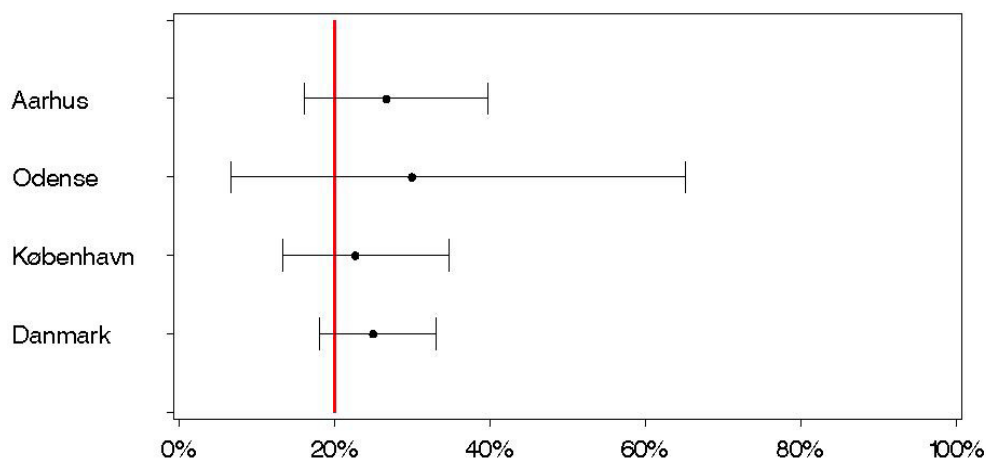
Anbefaling til indikator 5: Standarden giver ikke aktuelt anledning til ændret praksis, men giver selvfølgelig anledning til øget opmærksomhed på de kommende års tal. Der er fortsat tale om få patienter, og der vil som anført kunne forekomme variationer fra år til år.

Indikator 5a: Andel af sarkopatier der får lokalt recidiv indenfor 5 år

	Standard	Tæller/ opfyldt	Aktuelle år 2011 % (95% CI)	Tidligere år	
				Tæller/ Nævner	% (95% CI)
Danmark	Nej	34/136	25.0 (18.0 - 33.1)	34/156	21.8 (15.6 - 29.1)
København	Nej	15/66	22.7 (13.3 - 34.7)	19/63	30.2 (19.2 - 43.0)
Odense	Nej	3/10	30.0 (6.7 - 65.2)	5/21	23.8 (8.2 - 47.2)
Aarhus	Nej	16/60	26.7 (16.1 - 39.7)	10/72	13.9 (6.9 - 24.1)

I

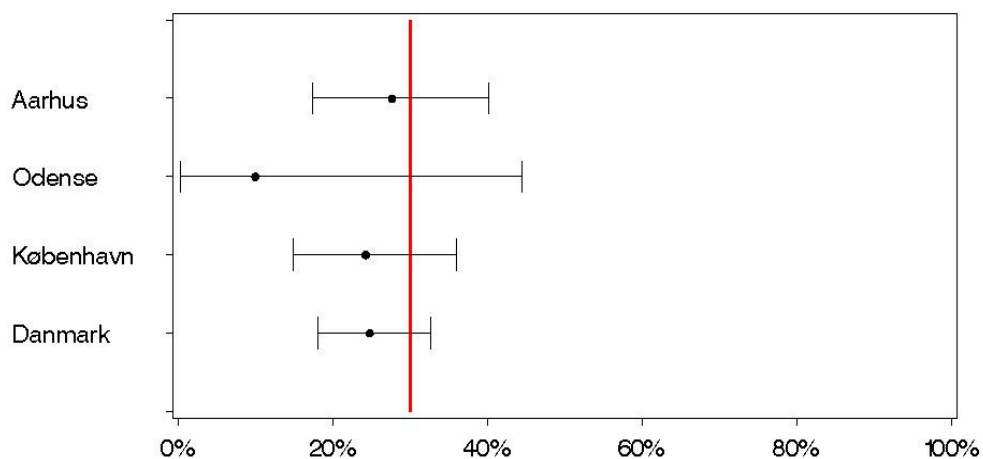
Indikator 5a



Indikator 5b: Andel af sarkompatienter der får fjernmetastase indenfor 5 år

	Standard opfyldt	Tæller/ Nævner	Tidligere år		
			2010		
			Aktuelle år 2011	Tæller/ Nævner	
			% (95% CI)	% (95% CI)	
Danmark	Ja	36/145	24.8 (18.0 - 32.7)	44/164	26.8 (20.2 - 34.3)
København	Ja	17/70	24.3 (14.8 - 36.0)	24/68	35.3 (24.1 - 47.8)
Odense	Ja	##/##	#	6/22	27.3 (10.7 - 50.2)
Aarhus	Ja	18/65	27.7 (17.3 - 40.2)	14/74	18.9 (10.7 - 29.7)

Indikator 5b



4. Generelle resultater

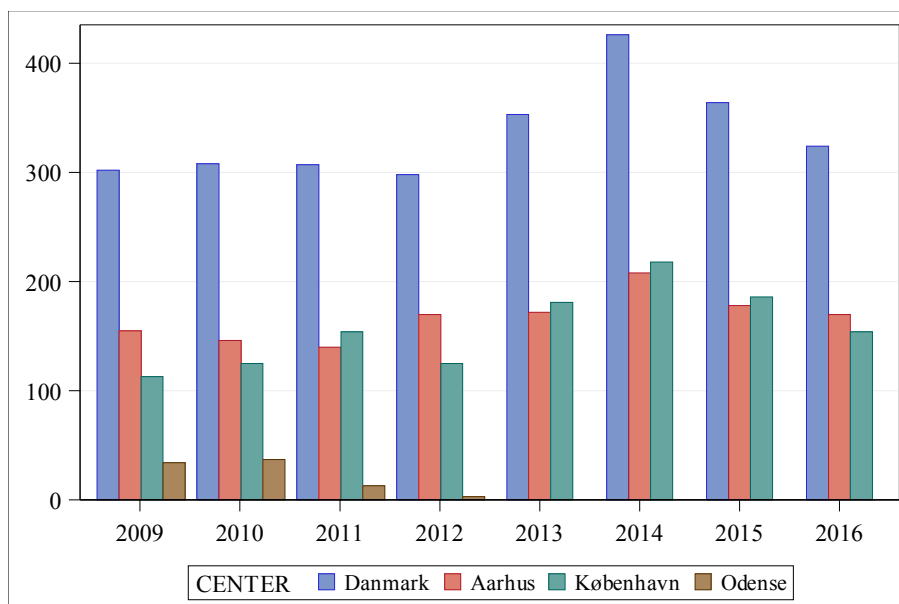
4.1. Antal patienter

Tabel 4.1.1. Alle patienter fordelt per år for første kontakt og center
(Tallene for 2016 vedrører perioden 1. januar til 31. december 2016)

	År for første kontakt																	
	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		I alt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Aarhus	155	51.3	146	47.4	140	45.6	170	57.0	172	48.7	208	48.8	178	48.9	170	52.5	1.339	49.9
København	113	37.4	125	40.6	154	50.2	125	41.9	181	51.3	218	51.2	186	51.1	154	47.5	1.256	46.8
Odense	34	11.3	37	12.0	13	4.2	3	1.0	.	.	.	.	.	.	.	.	87	3.2
Total	302	100.0	308	100.0	307	100.0	298	100.0	353	100.0	426	100.0	364	100.0	324	100.0	2.682	100.0

Det ses, at den stigning der tilsyneladende var i antallet af patienter i 2014, var forbigående, idet antallet af patienter både i 2015 og 2016 var på et niveau, der svarer til årene før 2014

Fig. 4.1. Antal patienter med nydiagnosticeret sarkom inkluderet på årsbasis siden etablering af databasen i 2009



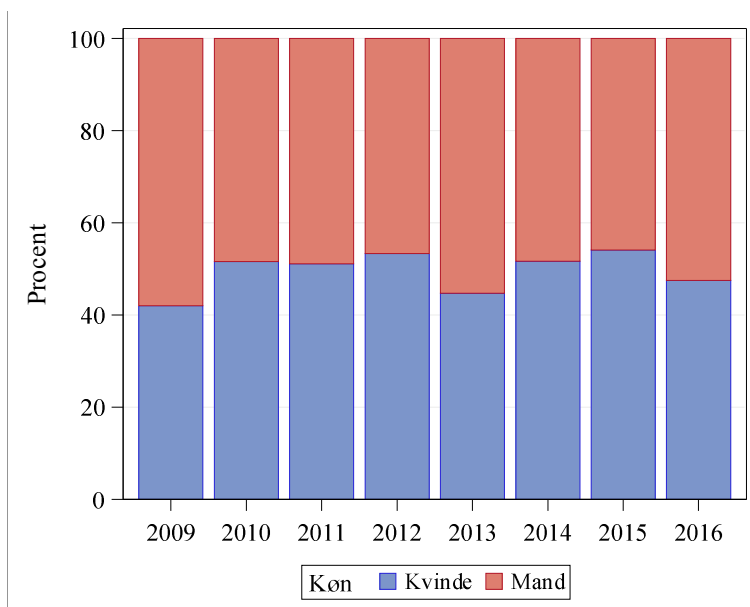
Som det fremgår af figuren, var der i 2014 en stigning i antallet af nydiagnosticerede tilfælde af sarkomer i Danmark, som nu synes udlignet, således at der i 2015 og 2016 har været stort set det samme antal nydiagnosticerede tilfælde som tidligere.

4.2. Kønsfordeling

Tabel 4.2. Kønsfordeling

	Aarhus		København		Odense		Total	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Køn								
<i>Kvinde</i>	648	48.4	656	52.2	27	31.0	1.331	49.6
<i>Mand</i>	691	51.6	600	47.8	60	69.0	1.351	50.4
Total	1.339	100.0	1.256	100.0	87	100.0	2.682	100.0

Fig. 4.2. Fordeling af køn over tiden



4.3. Aldersfordeling

Fig. 4.3.1. Aldersfordeling over tid

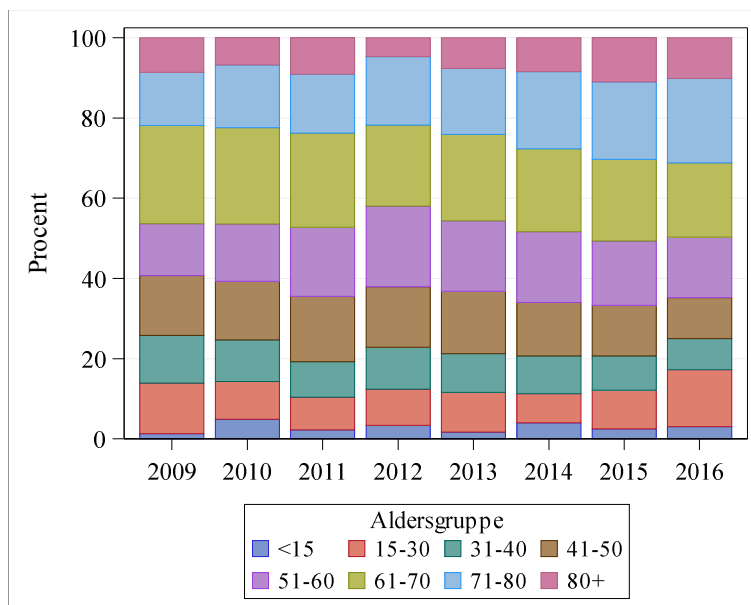
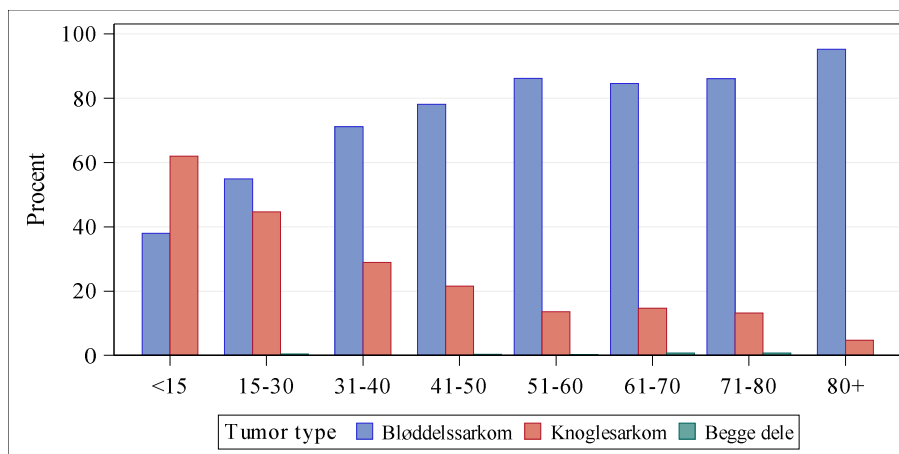


Fig. 4.3.2. Fordeling mellem knogle- og bløddelssarkomer i de forskellige aldersgrupper



Af figuren og de nedenstående tabeller fremgår det, at man i de yngre aldersgrupper primært ser knoglesarkomer, medens bløddelssarkomerne er hyppigst forekommende i de ældre aldersgrupper.

Tabel 4.3.1. Aldersfordeling for patienter med bløddeltumor

	Aarhus		København		Odense		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alders grupper								
<15	24	2.4	#	#	#	#	27	1.4
15-30	79	7.9	56	6.6	5	6.2	140	7.2
31-40	86	8.6	76	8.9	3	3.7	165	8.5
41-50	134	13.4	125	14.7	9	11.1	268	13.9
51-60	199	19.9	131	15.4	13	16.0	343	17.8
61-70	213	21.3	209	24.5	27	33.3	449	23.2
71-80	180	18.0	162	19.0	17	21.0	359	18.6
80+	83	8.3	93	10.9	5	6.2	181	9.4
Total	998	100.0	853	100.0	81	100.0	1.932	100.0

Tabel 4.3.2. Aldersfordeling for patienter med knogletumor

	Aarhus		København		Odense		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alders grupper								
<15	27	9.1	17	8.8	.	.	44	8.9
15-30	77	25.8	37	19.1	.	.	114	23.0
31-40	49	16.4	18	9.3	.	.	67	13.5
41-50	44	14.8	30	15.5	.	.	74	14.9
51-60	36	12.1	18	9.3	.	.	54	10.9
61-70	39	13.1	38	19.6	#	#	78	15.8
71-80	23	7.7	30	15.5	#	#	55	11.1
80+	3	1.0	6	3.1	.	.	9	1.8
Total	298	100.0	194	100.0	3	100.0	495	100.0

Tabel 4.3.3. Alder ved første kontakt til sarkomcenter

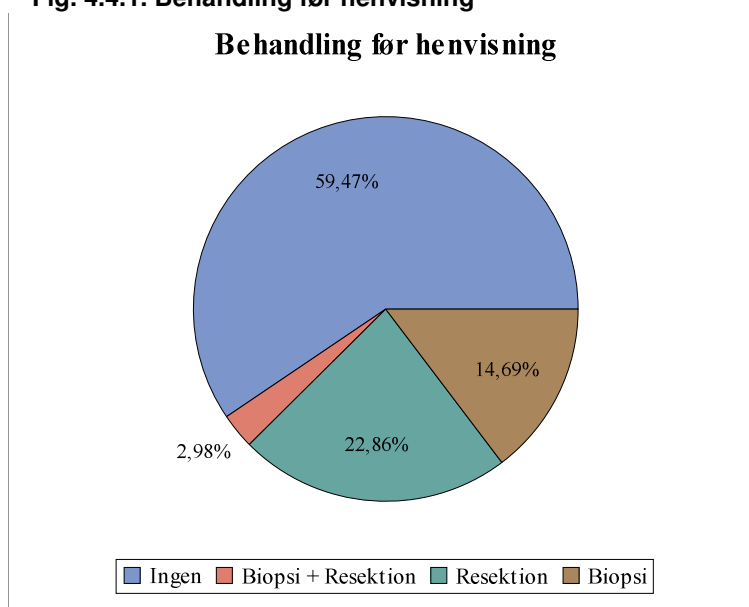
	Alder ved første kontakt																		
	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		I alt		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Alders grupper																			
<15	4	1.3	15	4.9	7	2.3	10	3.4	6	1.7	17	4.0	9	2.5	10	3.1	78	2.9	
15-30	38	12.6	29	9.4	25	8.1	27	9.1	35	9.9	31	7.3	35	9.6	46	14.2	266	9.9	
31-40	36	11.9	32	10.4	27	8.8	31	10.4	34	9.6	40	9.4	31	8.5	25	7.7	256	9.5	
41-50	45	14.9	45	14.6	50	16.3	45	15.1	55	15.6	57	13.4	46	12.6	33	10.2	376	14.0	
51-60	39	12.9	44	14.3	53	17.3	60	20.1	62	17.6	75	17.6	58	15.9	49	15.1	440	16.4	
61-70	74	24.5	74	24.0	72	23.5	60	20.1	76	21.5	88	20.7	74	20.3	60	18.5	578	21.6	
71-80	40	13.2	48	15.6	45	14.7	51	17.1	58	16.4	82	19.2	70	19.2	68	21.0	462	17.2	
80+	26	8.6	21	6.8	28	9.1	14	4.7	27	7.6	36	8.5	40	11.0	33	10.2	225	8.4	
Missing	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	#	#	.	.	#	#
Total	302	100.0	308	100.0	307	100.0	298	100.0	353	100.0	426	100.0	364	100.0	324	100.0	2.682	100.0	

4.4. Behandling før henvisning

Tabel 4.4.1. Antal patienter der har fået foretaget en form for behandling af tumor (biopsi eller resektion) før henvisning i perioden 2009 – 2016

	Aarhus		København		Odense		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Behandling før henvisning								
Ja	594	44.4	462	36.8	36	41.4	1.092	40.7
Nej	745	55.6	794	63.2	51	58.6	1.590	59.3
Total	1.339	100.0	1.256	100.0	87	100.0	2.682	100.0

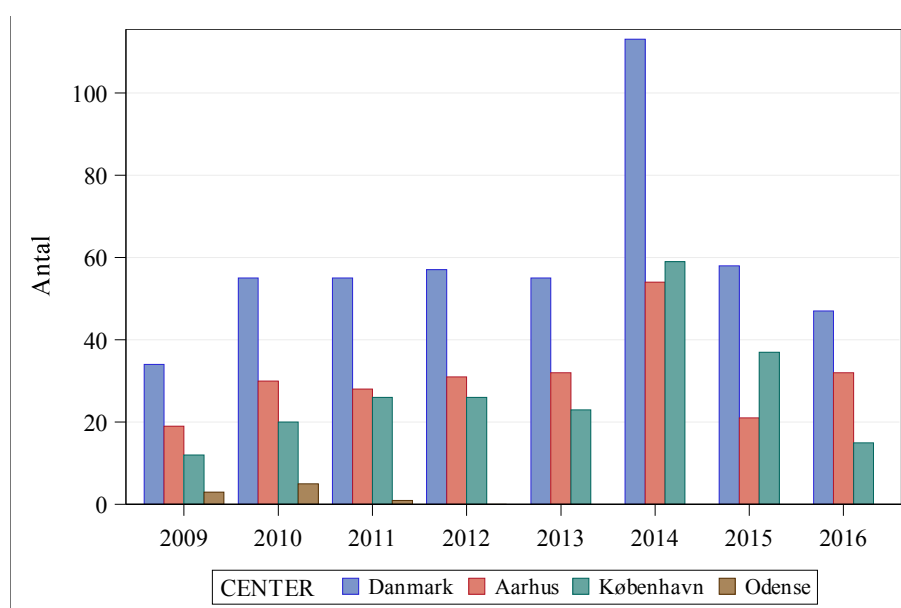
Fig. 4.4.1. Behandling før henvisning



Tabel 4.4.2 Andel af de patienter, der er behandlet før henvisning, der har fået foretaget biopsi

	Aarhus		København		Odense		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Biopsi								
Ja	241	40.6	209	45.2	9	25.0	459	42.0
Nej	353	59.4	253	54.8	27	75.0	633	58.0
Total	594	100.0	462	100.0	36	100.0	1.092	100.0

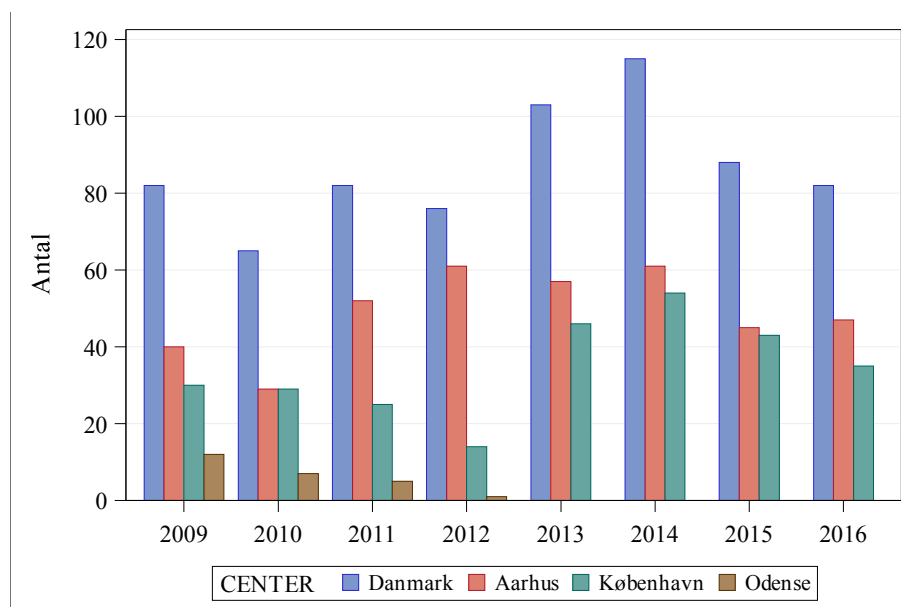
Fig. 4.4.2. Biopsi før henvisning



Tabel 4.4.3 Andel af de patienter, der er behandlet før henvisning, som har fået foretaget resektion af tumor

	Aarhus		København		Odense		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Resektion								
Ja	386	65.0	268	58.0	25	69.4	679	62.2
Nej	208	35.0	194	42.0	11	30.6	413	37.8
Total	594	100.0	462	100.0	36	100.0	1092	100.0

Fig. 4.4.3. Resektion før henvisning per center



I 2013 og 2014 var der en stigning i antallet af patienter, der fik foretaget resektion af tumor før henvisning til sarkomcenter, medens niveauet i 2015 og 2016 svarer til årene før 2013. Godt 40 % af alle patienter med nydiagnosticeret sarkom, har fået foretaget en form for indgreb på tumor før henvisning til et tumorcenter.

4.5. Behandlingsigte

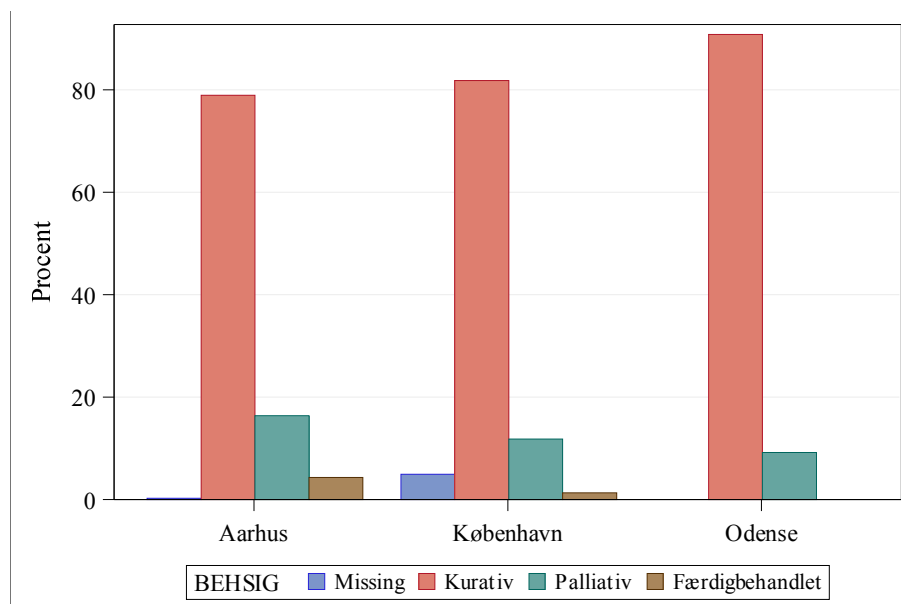
Tabel 4.5.1. Behandlingsigte fordelt på center

	Aarhus		København		Odense		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Behandlingsigte								
Kurativ	1.057	78.9	1.028	81.8	79	90.8	2.164	80.7
Palliativ	220	16.4	149	11.9	8	9.2	377	14.1
Færdigbehandlet	58	4.3	17	1.4	.	.	75	2.8
Missing	4	0.3	62	4.9	.	.	66	2.5
Total	1.339	100.0	1.256	100.0	87	100.0	2.682	100.0

Ca. 14 % af alle nyhenviste sarkompatienter skønnes ikke at kunne tilbydes kurativ behandling, primært p.g.a. spredning af tumor på diagnosetidspunktet, men i flere tilfælde også fordi tumor ikke er reseceerbar.

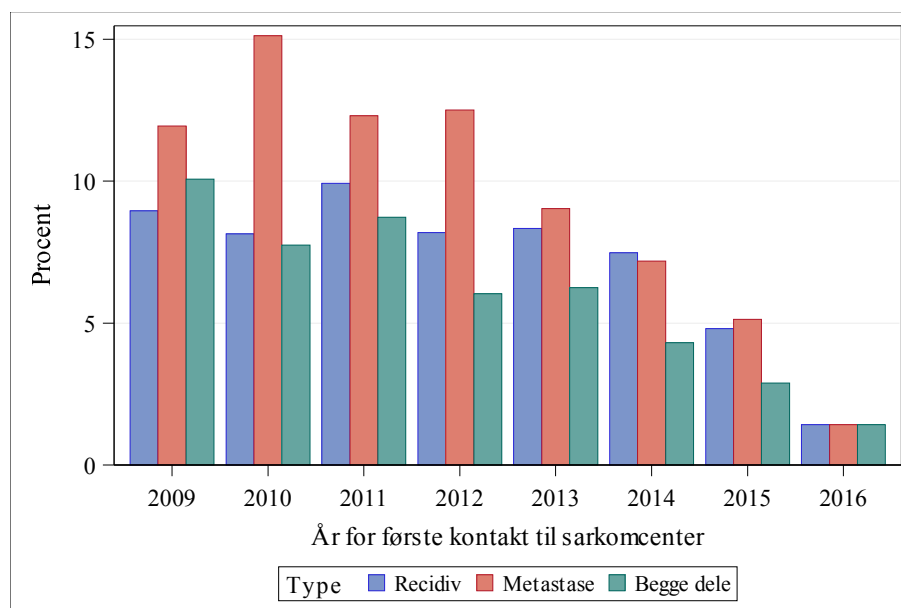
De færdigbehandlede patienter, er patienter, der er radikalt opereret før henvisning til sarkomcenter, og som ikke skal have nogen form for adjuverende behandling. Det drejer sig primært om lavmaligne, subkutane tumorer

Fig. 4.5.1. Behandlingsigte per center



5. Udbredning

Fig. 5.1. Fordeling af lokal recidiver og metastaser per år



Figuren viser, hvor mange patienter, som er diagnosticeret hvert år, der pr. 31.12.2016 har haft et recidiv.

Blandt patienterne, der blev set på et sarkomcenter første gang i 2010, synes der at have været en stigning i metastaseforekomsten, men ellers har den været ret konstant frem til 2013. Dette er udtryk for, at de fleste metastaser opstår i de første 3 – 4 år efter sygdomsdebut

Tabel 5.1.1. Lokal recidiv - kurative patienter

Lokal recidiv	År									Total
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016		
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
Aarhus	15	10	16	8	11	24	10	5	99	46.8
København	13	19	15	14	22	15	6	6	110	43.8
Odense	5	5	3	.	.	.	.	.	13	9.4
Total	33	34	34	22	33	39	16	11	222	100.0

Tabel 5.1.2. Metastase - kurative patienter

Metastase	År								Total	
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	N	%
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	%
<i>Aarhus</i>	19	14	18	18	19	22	12	7	129	49.1
<i>København</i>	21	24	17	14	20	8	5	2	111	41.6
<i>Odense</i>	7	6	#	.	.	.	.	.	#	#
Total	47	44	36	32	39	30	17	9	254	100.0

Tabel 5.1.3. Tumortype og kirurgisk margin for patienter som har fået lokal recidiv inden for 5 år efter operation (dvs. kurative patienter med første kontakt til sarkomcenter i 2011)

	Center		
	<i>Aarhus</i>	<i>København</i>	<i>Odense</i>
Tumor type			
<i>Missing</i>	0	#	0
<i>Bløddelssarkom</i>	13	11	3
<i>Knoglesarkom</i>	3	3	0
Kirurgisk margin			
<i>Missing</i>	#	5	0
<i>Radikalt</i>	0	0	#
<i>Vid</i>	7	3	0
<i>Marginal</i>	#	3	#
<i>Intralæsionel</i>	5	4	0

Intraalæsionel kirurgi, d.v.s. kirurgi, hvor der er efterladt tumorvæv, accepteres ved fx lavmaligne kondrosarkomer og knogle kæmpecelletumorer, hvor risikoen for recidiv er meget lille, og hvor man efter udskrabning kan fylde knoglekaviteten op med cement, som yderligere nedsætter recidivrisikoen.

5.2. Fordeling af bløddels- og knogletumorer per år

Tabel 5.2.1. Bløddelssarkomer og knoglesarkomer - Kurative patienter

	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Type												
<i>Bløddelssarkom</i>	206	78.9	189	74.1	189	76.8	159	70.7	197	70.6	232	69.0
<i>Knoglesarkom</i>	49	18.8	59	23.1	50	20.3	53	23.6	57	20.4	66	19.6
<i>Begge dele</i>	#	#	#	#	.	.	#	#	.	.	.	.
<i>Missing</i>	5	1.9	6	2.4	7	2.8	12	5.3	25	9.0	38	11.3
Total	261	100.0	255	100.0	246	100.0	225	100.0	279	100.0	336	100.0

	2015		2016		Total	
	N	%	N	%	N	%
Type						
<i>Bløddelssarkom</i>	220	74.6	162	60.7	1.554	71.8
<i>Knoglesarkom</i>	44	14.9	73	27.3	451	20.8
<i>Begge dele</i>	.	.	.	.	3	0.1
<i>Missing</i>	31	10.5	32	12.0	156	7.2
Total	295	100.0	267	100.0	2.164	100.0

Tabel 5.2.2. Bløddelssarkomer og knoglesarkomer - Palliative patienter

	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Type																		
<i>Bløddelssarkom</i>	18	78.3	32	84.2	33	78.6	42	85.7	42	71.2	59	77.6	21	42.9	28	68.3	275	72.9
<i>Knoglesarkom</i>	#	#	5	13.2	6	14.3	4	8.2	7	11.9	9	11.8	#	#	3	7.3	38	10.1
<i>Begge dele</i>	#	#	.	.	.	.	#	#	#	#	#	#	.	.	.	.	6	1.6
<i>Missing</i>	#	#	#	#	3	7.1	#	#	8	13.6	6	7.9	26	53.1	10	24.4	58	15.4
Total	23	100.0	38	100.0	42	100.0	49	100.0	59	100.0	76	100.0	49	100.0	41	100.0	377	100.0

Tabel 5.2.3. Fordelingen af bløddelstumor for hvert center i perioden 2009 – 2015

	Aarhus		København		Odense		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bløddelstumor								
<i>Subcutan</i>	271	27.2	228	26.7	41	50.6	540	28.0
<i>Subfasciel</i>	638	63.9	624	73.2	40	49.4	1302	67.4
<i>Andet</i>	89	8.9	#	#	.	.	90	4.7
Total	998	100.0	853	100.0	81	100.0	1932	100.0

Sarkomer er overvejende lokaliseret i bevægeapparatet og thoraxvæggen, og som sådan er de fleste lokaliseret subkutan eller subfasciel. Denne registrering er vigtig, da lokaliseringen har betydning for prognosen. Ved retroperitoneale, viscerale og intrathorakale tumorer, giver denne skelnen mellem subkutan og subfasciel dog ikke væsentlig mening, og vi har derfor i efteråret 2015 indført rubrikken "Andet", hvis anvendelse fortsat ikke er fuldt implementeret. For nuværende inkluderer rubrikken subfasciel derfor også tumorer beliggende retroperitonealt, intraabdominalt, intrathorakalt m.m. Samlet set er knap 1/3 af alle sarkomer overfladisk beliggende, medens resten er dybt beliggende.

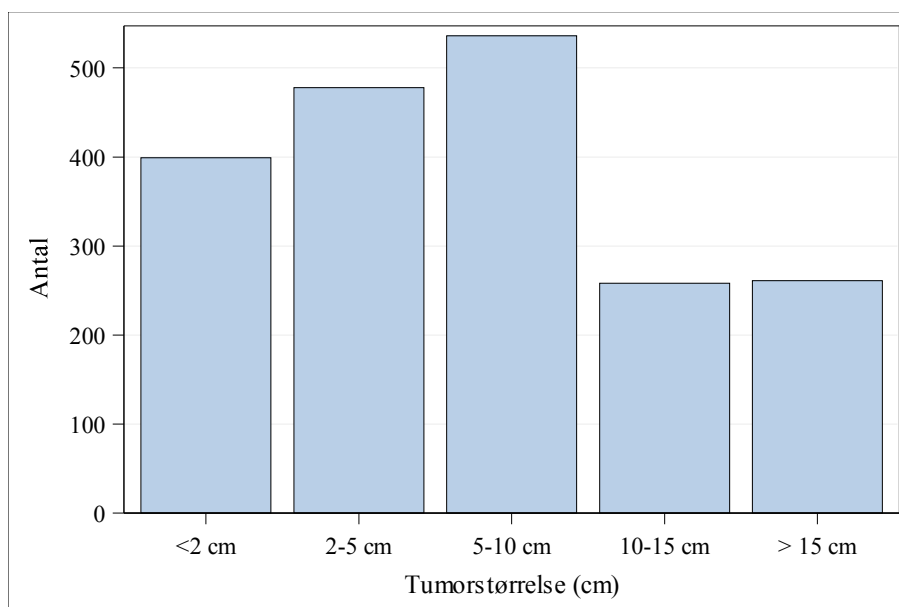
5.3. Tumorstørrelse og malignitetsgrad

Tabel 5.3.1. Tumorstørrelse, bløddelssarkomer 2009-2015

Bløddelstumor	Kurativ		Palliativ		Færdigbehandlet		Missing		I alt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor størrelse										
<2 cm	312	20.1	66	24.0	17	31.5	4	8.2	399	20.7
2-5 cm	440	28.3	25	9.1	11	20.4	#	#	478	24.7
5-10 cm	425	27.3	87	31.6	12	22.2	12	24.5	536	27.7
10-15 cm	196	12.6	49	17.8	5	9.3	8	16.3	258	13.4
> 15 cm	181	11.6	48	17.5	9	16.7	23	46.9	261	13.5
Total	1.554	100.0	275	100.0	54	100.0	49	100.0	1.932	100.0

Tabel 5.3.2. Tumorstørrelse, bløddelssarkomer 2009-2015, fordelt på center

Diameter (cm)		År							
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Aarhus	Mean	8.01	7.52	7.09	8.32	7.85	7.50	8.06	7.67
	Std	8.58	7.52	7.41	10.47	6.43	6.71	6.40	8.39
København	Mean	9.07	11.40	10.96	19.23	13.08	8.86	6.38	5.81
	Std	10.96	15.57	18.31	33.47	21.86	10.23	6.16	5.97
Odense	Mean	9.45	10.68	8.15	6.67	.	.	.	.
	Std	6.10	6.45	5.96	4.16	.	.	.	.

Fig. 5.3.1. Tumorstørrelse, bløddelssarkomer 2009-2016

Tabel 5.3.3. Tumorstørrelse, knoglesarkomer 2009-2016

Knogletumorer	Kurativ		Palliativ		Færdigbehandlet		Missing		I alt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor størrelse										
<2 cm	78	17.3	8	21.1	#	#	.	.	87	17.6
2-4 cm	80	17.7	4	10.5	#	#	.	.	86	17.4
4-6 cm	97	21.5	#	#	.	.	.	.	99	20.0
6-8 cm	66	14.6	#	#	.	.	.	.	68	13.7
8-10 cm	49	10.9	6	15.8	.	.	.	.	55	11.1
10-12 cm	18	4.0	5	13.2	.	.	.	.	23	4.6
12-14 cm	15	3.3	.	.	.	.	#	#	16	3.2
14-16 cm	16	3.5	5	13.2	.	.	.	.	21	4.2
>=16 cm	32	7.1	6	15.8	#	#	#	#	40	8.1
Total	451	100.0	38	100.0	4	100.0	#	#	495	100.0

Tabel 5.3.4. Tumorstørrelse, knoglesarkomer 2009-2016

Diameter (cm)		År							
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Aarhus	Mean	10.73	7.55	6.76	7.11	6.21	9.57	6.12	8.64
	Std	15.56	8.48	5.31	4.80	4.08	8.27	3.09	6.08
København	Mean	6.23	6.22	8.32	8.78	6.63	9.89	6.00	6.53
	Std	5.20	4.46	6.61	12.94	5.99	19.07	4.54	4.78
Odense	Mean	40.00	5.00	.	.	.	.	.	.
	Std	49.50	.	.	.	.	.	.	.

Fig. 5.3.2. Tumorstørrelse, knoglesarkomer 2009-2016

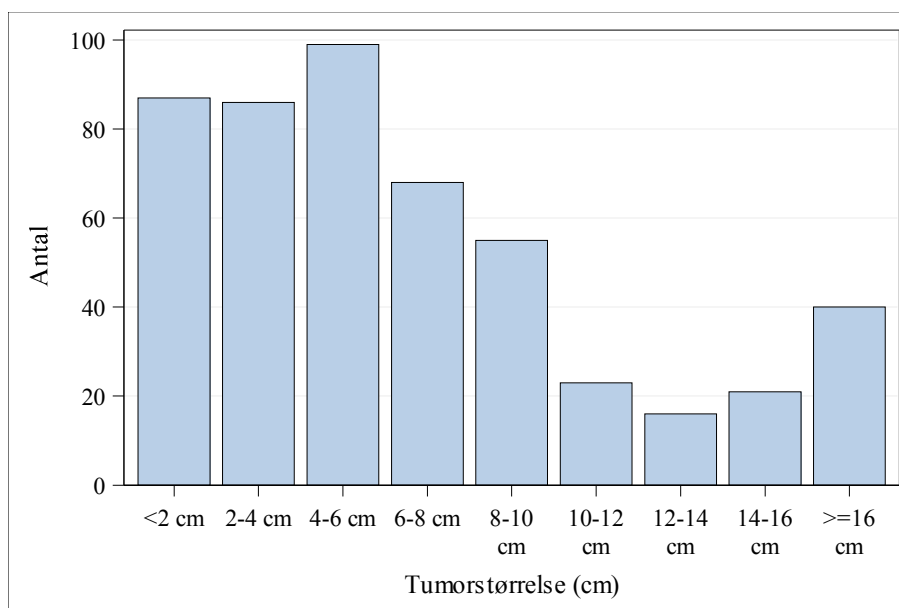
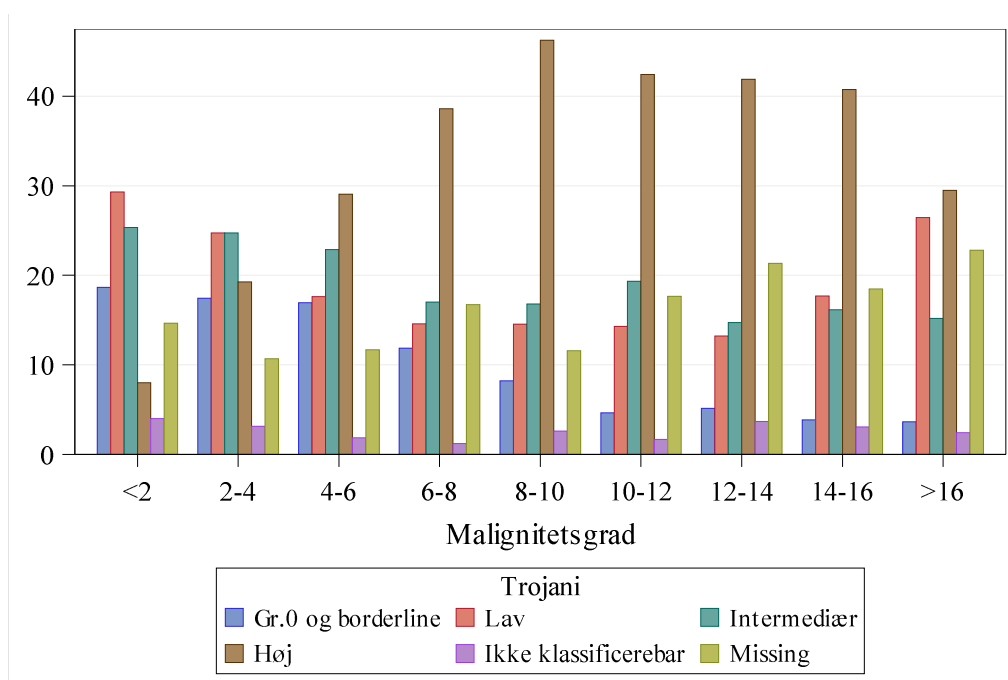


Fig. 5.3.3. Fordeling af tumorstørrelse i forhold til malignitetsgrad



Tabel 5.3.5 Fordeling af malignitetsgrad for bløddelstumor

	Malignitetsgrad												Total	
	<i>Gr.0 og borderline</i>		<i>Lav</i>		<i>Intermediær</i>		<i>Høj</i>		<i>Ikke klassificerebar</i>		<i>Missing</i>			
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Tumor størrelse														
<2 cm	65	32.3	84	23.0	97	24.8	89	13.6	12	30.8	52	18.6	399	20.7
2-5 cm	78	38.8	92	25.1	103	26.3	149	22.7	7	17.9	49	17.6	478	24.7
5-10 cm	41	20.4	73	19.9	100	25.6	232	35.4	9	23.1	81	29.0	536	27.7
10-15 cm	8	4.0	43	11.7	48	12.3	108	16.5	7	17.9	44	15.8	258	13.4
> 15 cm	9	4.5	74	20.2	43	11.0	78	11.9	4	10.3	53	19.0	261	13.5
Total	201	100.0	366	100.0	391	100.0	656	100.0	39	100.0	279	100.0	1.932	100.0

Tabel 5.3.6 Fordeling af malignitetsgrad for knogletumor

	Malignitetsgrad												Total	
	<i>Gr.0 og borderline</i>		<i>Lav</i>		<i>Intermediær</i>		<i>Høj</i>		<i>Ikke klassificerebar</i>		<i>Missing</i>			
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Tumor størrelse														
<2 cm	4	7.5	25	23.4	17	18.1	17	11.0	#	#	22	31.0	87	17.6
2-4 cm	15	28.3	23	21.5	23	24.5	12	7.8	4	25.0	9	12.7	86	17.4
4-6 cm	18	34.0	17	15.9	23	24.5	28	18.2	4	25.0	9	12.7	99	20.0
6-8 cm	9	17.0	14	13.1	10	10.6	28	18.2	.	.	7	9.9	68	13.7
8-10 cm	4	7.5	13	12.1	9	9.6	24	15.6	#	#	4	5.6	55	11.1
10-12 cm	#	#	3	2.8	4	4.3	11	7.1	.	.	4	5.6	23	4.6
12-14 cm	#	#	#	#	#	#	5	3.2	#	#	4	5.6	16	3.2
14-16 cm	#	#	4	3.7	3	3.2	10	6.5	.	.	3	4.2	21	4.2
>=16 cm	.	.	6	5.6	3	3.2	19	12.3	3	18.8	9	12.7	40	8.1
Total	53	100.0	107	100.0	94	100.0	154	100.0	16	100.0	71	100.0	495	100.0

5.4. Anatomisk lokalisation

Tabel 5.4.1 Bløddelstumor

Lokalisation	Bløddelstumor	
	N	%
Hoved/hals	132	6.6
Thorax	153	7.7
Ryg	58	2.9
Abdominalvæg/lænd	97	4.9
Abdomen	282	14.2
Bækken	79	4.0
Overekstremitet	300	15.1
Underekstremitet	646	32.5
Perineum	7	0.4
Genitalia	116	5.8
Mamma	43	2.2
Hjerne	#	#
Lever	12	0.6
Hjerte	#	#
Lunge	32	1.6
Tarm	27	1.4
Total	1.987	100.0

Tabel 5.4.2. Knogletumor

Lokalisation	Knogletumor	
	N	%
Thorax	#	#
Håndled/hånd	#	#
Hofte	#	#
Knæ	#	#
Underben	#	#
Hoved	18	3.6
Columna	29	5.8
Sacrum	19	3.8
Bækken	45	9.0
Costae	38	7.6
Sternum	7	1.4
Clavicula	4	0.8
Scapula	15	3.0
Humerus	41	8.2
Radius	6	1.2
Ulna	8	1.6
Carpalknogle (Hånd)	5	1.0
Rørknogle (Hånd)	11	2.2
Femur	138	27.5
Tibia	72	14.4
Fibula	20	4.0
Tarsalknogle (fod)	13	2.6
Rørknogle (fod)	6	1.2
Total	501	100.0

Det ses, at sarkomerne fordeler sig på alle anatomiske regioner. Bløddelstumor forekommer hyppigst i ekstremiteterne og abdomen, men også med relativt stor forekomst i hoved-halsregionen, thorax og genitalia. De kvindelige genitalia er ikke fuldt præsenteret i opgørelsen, da det overvejende er sarkomer, der har haft recidiv eller er metastaseret, som er registreret i DSD (sarkomer hos kvinder bliver primært registreret i den gynækologiske cancerdatabase, ca. 30 pr. år). For knoglesarkomernes vedkommende er lokaliseringen overvejende de lange rørknogler og bækkenet.

6. Operation

6.1 Fordeling af operationstype på ICD-10 koder

Tabel 6.1.1 Lokal tumorexcision vs. amputation

	Operationstype							
	Lokal excision		Amputation		Missing		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	1.800	100.0	97	100.0	785	100.0	2.682	100.0

Tabel 6.1.2 Fordeling af operationstype per år for maligne tumorer

	År for første kontakt																Total	
	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lokal excision	194	76.4	196	73.4	190	69.3	166	65.4	162	54.4	231	60.5	230	69.3	209	73.3	1.578	67.3
Amputation	9	3.5	14	5.2	12	4.4	8	3.1	13	4.4	10	2.6	10	3.0	17	6.0	93	4.0
Missing	51	20.1	57	21.3	72	26.3	80	31.5	123	41.3	141	36.9	92	27.7	59	20.7	675	28.8
Total	254	100.0	267	100.0	274	100.0	254	100.0	298	100.0	382	100.0	332	100.0	285	100.0	2.346	100.0

Tabel 6.1.3 Fordeling af amputationstyper

Amputationstype	Aarhus		København		Odense		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Crus	17	27.0	3	11.5	#	#	21	22.6
Knæexarticulation	#	#	.	.	#	#	#	#
Femur	20	31.7	7	26.9	.	.	27	29.0
Hofteexarticulation	5	7.9	.	.	.	.	5	5.4
Hemipelvectomi	4	6.3	3	11.5	.	.	7	7.5
Finger	5	7.9	6	23.1	#	#	12	12.9
Underarm	#	#	#	#	.	.	3	3.2
Overarm	4	6.3	4	15.4	#	#	9	9.7
Skulderexarticulation	#	#	#	#	.	.	#	#
Interhoracoscapulær	5	7.9	.	.	.	.	5	5.4
Total antal personer	63	100.0	26	100.0	4	100.0	93	100.0

6.2. Type af supplerende indgreb

Tabel 6.2.1 Supplerende indgreb

	Aarhus		København		Odense		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Supplerende indgreb								
<i>Ja</i>	266	19.9	298	23.7	22	25.3	586	21.8
<i>Nej</i>	1.073	80.1	958	76.3	65	74.7	2.096	78.2
Total	1.339	100.0	1.256	100.0	87	100.0	2.682	100.0

Tabel 6.2.2 Type af supplerende indgreb

Type	Supplerende indgreb	
	N	%
<i>Vendeplastik</i>	#	#
<i>Cement</i>	60	10.1
<i>Knoglesubstitut</i>	3	0.5
<i>Alloplastik</i>	112	18.9
<i>Bonebridging</i>	#	#
<i>Artrodese</i>	3	0.5
<i>Knogletransport</i>	#	#
<i>Ledresektion</i>	4	0.7
<i>Andet</i>	71	12.0
<i>Ikke klassificerebar</i>	335	56.5
Total	593	100.0

7. Patologi

Tabel 7.1.1 Fordeling af histopatologiske diagnoser i forhold til bløddelstumor

		N	%
Bløddelstumor			
M88103	Fibrosarkom	20	1.0
M88151	Solitær fibrøs tumor	41	2.1
M88003	Sarkom	300	15.5
M88903	Leiomyosarkom	274	14.2
M88503	Liposarkom	311	16.1
M88221	Abdominal fibromatose	127	6.6
M95403	Malign perifer nerveskedetumor (Malignt schwannom)	57	3.0
M91203	Hæmangiosarkom	74	3.8
M88323	Dermatofibrosarcoma protuberans	80	4.1
M88043	Epiteliødt sarkom	13	0.7
M92313	Myksoidt kondrosarkom	8	0.4
Andet	Andet	68	3.5
M94733	PNET	6	0.3
	Missing diagnose	26	1.3
M90443	Clear cell sarkom	9	0.5
M90403	Synovialt sarkom	72	3.7
M91803	Osteosarkom	11	0.6
M88113	Myksofibrosarkom	107	5.5
M880B3	GIST	100	5.2
M88303	Malignt fibrøst histiocytom	150	7.8
M89803	Karcinosarkom	35	1.8
M88001	Bløddelstumor uvist om benign eller malign	22	1.1
M880A3	Desmoplastisk small round cell tumor	3	0.2
M91503	Malignt hæmoangiopericytom	3	0.2
M88013	Spolcellet sarkom	13	0.7
M88513	Højt differentieret liposarkom	#	#
Total		1.932	100.0

Der findes et meget stort antal histologiske undergrupper for sarkomer, og flere af disse er meget sjældne. For overskuelighedens skyld har vi i databasen valgt at medtage de hyppigste, som er anført i ovenstående tabel. "Missing" er udtryk for, at tumor ikke kunne klassificeres i en af disse histologiske undergrupper, og derfor blot beskrives som sarkom.

Tabel 7.2.1 Fordeling af histopatologiske diagnoser i forhold til knogletumorer

		N	%
Knogletumor			
M92203	Chondrosarkom	196	39.6
Andet	Andet	9	1.8
M91203	Hæmangiosarkom	8	1.6
M91803	Osteosarkom (klassisk)	66	13.3
M92501	Kæmpecelletumor	71	14.3
M91813	Kondroblastisk osteosarkom	13	2.6
	Missing diagnose	17	3.4
M92603	Ewings sarkom	57	11.5
M91903	Parostealt sarkom	6	1.2
M93703	Kordom	20	4.0
M91823	Fibroblastisk osteosarkom	#	#
M92223	Dedifferentieret chondrosarkom	5	1.0
M88003	Knoglesarkom	12	2.4
M91833	Teleangiektatisk osteosarkom	4	0.8
M33640	Aneurysmatisk knoglecyste	#	#
M88303	Malignant fibrøst histiocytom	4	0.8
M92613	Adamantinom i lang rørknogle, direkte spredning	3	0.6
M92300	Chondroblastom	#	#
Total		495	100.0

Tabel 7.3.1. Malignitetsgrad for patienter som har fået foretaget resektion før henvisning

	N	%
Malignitetsgrad		
Gr.0 og borderline	71	10.5
Lav	140	20.6
Intermediær	147	21.6
Høj	186	27.4
Ikke klassificerebar	20	2.9
Missing	115	16.9
Total	679	100.0

Det bemærkes som ovenfor anført, at knap 50 % af tumorer resekeret før henvisning er intermediært maligne eller højmaligne.

8. Onkologisk behandling

8.1. Stråleterapi

Strålebehandling gives overvejende postoperativt til patienter med intermedieært eller højmalignt tumorer, ikke reseceerbare tumorer incl. aggressiv fibromatose, og i nogle tilfælde Ewing sarkom lokaliseret i bækkenet

Tabel 8.1.2 Antal patienter der har fået stråleterapi

	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Stråleterapi																		
Ja	57	18.9	70	22.7	72	23.5	64	21.5	75	21.2	118	27.7	85	23.4	43	13.3	584	21.8
Nej	245	81.1	238	77.3	235	76.5	234	78.5	278	78.8	308	72.3	279	76.6	281	86.7	2.098	78.2
Total	302	100.0	308	100.0	307	100.0	298	100.0	353	100.0	426	100.0	364	100.0	324	100.0	2.682	100.0

Tabel 8.1.3 Fordelingen af malignitetsgrad blandt patienter, der har fået stråleterapi

	År for første kontakt																	
	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Malignitetsgrad																		
Gr.0 og borderline	#	#	#	#	.	.	#	#	#	#	#	#	#	#	.	.	10	1.7
Lav	3	5.3	1	1.4	6	8.3	7	10.9	3	4.0	6	5.1	#	#	.	.	28	4.8
Intermedieær	17	29.8	20	28.6	17	23.6	13	20.3	21	28.0	26	22.0	24	28.2	11	25.6	149	25.5
Høj	29	50.9	41	58.6	35	48.6	33	51.6	40	53.3	63	53.4	42	49.4	26	60.5	309	52.9
Ikke klassificerebar	.	.	#	#	.	.	3	4.7	6	8.0	8	6.8	#	#	#	#	21	3.6
Missing	6	10.5	5	7.1	14	19.4	7	10.9	3	4.0	13	11.0	14	16.5	5	11.6	67	11.5

8.2. Kemoterapi

Tabel 8.2.1 Antal patienter med bløddelstumor der har fået kemoterapi (både kurative og palliative patienter)

	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kemoterapi																		
Ja	35	15.0	45	19.1	57	23.9	70	31.7	57	23.0	91	30.3	52	20.2	37	18.6	444	23.0
Nej	199	85.0	190	80.9	181	76.1	151	68.3	191	77.0	209	69.7	205	79.8	162	81.4	1.488	77.0
Total	234	100.0	235	100.0	238	100.0	221	100.0	248	100.0	300	100.0	257	100.0	199	100.0	1.932	100.0

Tabel 8.2.2. Antal patienter med knogletumor der har fået kemoterapi (både kurative og palliative patienter)

	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kemoterapi																		
Ja	16	30.8	19	29.7	18	32.1	17	29.3	20	30.8	23	29.9	12	25.5	21	27.6	146	29.5
Nej	36	69.2	45	70.3	38	67.9	41	70.7	45	69.2	54	70.1	35	74.5	55	72.4	349	70.5
Total	52	100.0	64	100.0	56	100.0	58	100.0	65	100.0	77	100.0	47	100.0	76	100.0	495	100.0

9. Mortalitet

Data fra CPR vedr. vital status er hentet d. 24. oktober 2017. Afsnittet beskriver kun, hvor mange patienter, der er døde. Den egentlige dødsårsag kendes ikke med sikkerhed d.v.s. om patienterne er døde p.g.a. sarkom eller af anden årsag. Som forventet er der en væsentlig overdødelighed blandt de palliative patienter samt blandt patienter med højmaligne tumorer,

9.1. Antal døde. Alle patienter (både kurative og palliative)

Tabel 9.1.1 Antal døde - Alle patienter

		Død							
		<i>Ja</i>		<i>Nej</i>		<i>Missing</i>		Total	
		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Total		846	31.5	1.832	68.3	4	0.1	2.682	100.0

Tabel 9.1.2 Antal døde - Kurative patienter

		Død							
		<i>Ja</i>		<i>Nej</i>		<i>Missing</i>		Total	
		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Total		493	22.8	1.668	77.1	3	100.0	2.164	0.1

Tabel 9.1.3 Antal døde - Palliative patienter

		Død							
		<i>Ja</i>		<i>Nej</i>		<i>Missing</i>		Total	
		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Total		303	80.4	73	19.4	#	#	377	100.0

Tabel 9.1.4. Antal døde i forhold til malignitetsgrad, (alle patienter)

	Malignitetsgrad													
	<i>Gr.0 og borderline</i>		<i>Lav</i>		<i>Intermediær</i>		<i>Høj</i>		<i>Ikke klassificerebar</i>		<i>Missing</i>		Total	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Død														
<i>Ja</i>	12	4.2	50	9.9	137	26.5	432	50.7	31	47.0	184	40.0	846	31.5
<i>Nej</i>	272	95.8	453	90.1	378	73.1	419	49.2	35	53.0	275	59.8	1.832	68.3
<i>Missing</i>	.	.	.	.	#	#	#	#	.	.	#	#	4	0.1
Total	284	100.0	503	100.0	517	100.0	852	100.0	66	100.0	460	100.0	2.682	100.0

Tabel 9.1.5 Antal døde i forhold til malignitetsgrad, kurative patienter

	Malignitetsgrad													
	<i>Gr.0 og borderline</i>		<i>Lav</i>		<i>Intermediær</i>		<i>Høj</i>		<i>Ikke klassificerebar</i>		<i>Missing</i>		Total	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Død														
<i>Ja</i>	8	3.1	34	7.3	90	20.0	275	41.7	13	28.9	73	25.4	493	22.8
<i>Nej</i>	251	96.9	430	92.7	358	79.6	384	58.3	32	71.1	213	74.2	1.668	77.1
<i>Missing</i>	.	.	.	.	#	#	.	.	.	.	#	#	3	0.1
Total	259	100.0	464	100.0	450	100.0	659	100.0	45	100.0	287	100.0	2.164	100.0

Tabel 9.1.6 Antal døde i forhold til malignitetsgrad, palliative patienter

	Malignitetsgrad													
	<i>Gr.0 og borderline</i>		<i>Lav</i>		<i>Intermediær</i>		<i>Høj</i>		<i>Ikke klassificerebar</i>		<i>Missing</i>		Total	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Død														
<i>Ja</i>	3	42.9	14	73.7	41	78.8	142	84.0	17	94.4	86	76.8	303	80.4
<i>Nej</i>	4	57.1	5	26.3	11	21.2	26	15.4	#	#	26	23.2	73	19.4
<i>Missing</i>	.	.	.	.	.	.	#	#	.	.	.	.	#	#
Total	7	100.0	19	100.0	52	100.0	169	100.0	18	100.0	112	100.0	377	100.0

Tabel 9.1.7. Antal døde indenfor 365 dage fra første kontakt

CENTER	2009			2010			2011			2012			2013			2014		
	Døde	Alle	%	Døde	Alle	%	Døde	Alle	%	Døde	Alle	%	Døde	Alle	%	Døde	Alle	%
Aarhus	16	155	10,3	15	146	10,3	14	140	10,0	15	170	8,8	25	172	14,5	21	208	10,1
København	11	113	9,7	9	125	7,2	19	154	12,3	15	125	12,0	31	181	17,1	32	218	14,7
Odense	3	34	8,8	5	37	13,5	#	#	#	.	3	.	.	.	.	.	.	.

Tabel 9.1.8. Antal døde indenfor 5 år fra første kontakt

CENTER	2009			2010			2011		
	Døde	Alle	%	Døde	Alle	%	Døde	Alle	%
Aarhus	45	155	29,0	48	146	32,9	57	140	40,7
København	44	113	38,9	43	125	34,4	58	154	37,7
Odense	12	34	35,3	13	37	35,1	#	#	#
Total Dk	101	302	33,4	105	308	34,0	117	307	38,1

10. Beskrivelse af sygdomsområdet

Sarkomer er bindevævstumorer, som kan være lokaliseret overalt i kroppen, dog hyppigst i bevægeapparatet. Sarkomerne udgør ca. 1 % af alle cancerformer og ses i alle aldersgrupper og udgør ca. 10 % af alle cancerformer hos børn. Ca. 80 % af de sarkomer, der er registreret i DSD er lokaliseret i bløddelene, medens de resterende 20 % er lokaliseret i knoglerne. Sarkomer klassificeres primært på basis af den histologiske undersøgelse, og der findes omkring 70 histologiske varianter. Malignitetsgraden kan være borderline, grad I, II eller III og er ligeledes baseret på det histologiske billede. Borderline og grad I tumorer metastaserer sjældent, medens det ses væsentligt hyppigere ved grad II og III.

Fem års overlevelsen for borderline og grad I tumorer er ca. 95 %, medens den for grad II og III tumorer er ca. 20 % henholdsvis 50 %. Foruden den histologiske gradering har tumorstørrelse (for bløddele over eller under 5 cm, for knogler over eller under 8 cm), tumorlokalisering (over eller under fascieniveau, ekstremiteter eller bækken/retroperitoneum) samt alder betydning for prognosen.

Sarkomer spredt sig primært via blodet til lungerne og spredning via lymfebanerne ses normalt kun ved ganske få histologiske varianter.

Behandlingen er primært kirurgisk, hvor man tilstræber at få en såkaldt vid margin, d.v.s. fjernelse af tumor med en omgivende bræmme af normalt væv. For intraabdominale sarkomer er det afgørende at have frie resektionsrande, medens egl. vide resektioner oftest ikke er mulige p.g.a. tumorernes nære relation til naborganer. Ved de dybereliggende grad II og III bløddelstumorer i ekstremiteterne vil man ofte supplere den operative behandling med strålebehandling.

Kondrosarkomer i knogler kan kun behandles kirurgisk, medens knogletumorerne osteosarkom og Ewing sarkom behandles kirurgisk suppleret med kemoterapi før og efter operation. Kemoterapi kan desuden anvendes ved enkelte andre sarkomtyper (rhabdomyosarkom, synovialt sarkom og myxoide liposarkomer). Ved GIST (Gastro Intestinal Stromal Tumor) kan neoadjuverende behandling anvendes præoperativt, såfremt radikal fjernelse af primærtumor vil være forbundet med et større potentielt mutilerende kirurgisk indgreb,

Sarkomer er som anført ret sjældne og forekommer i stort set alle anatomiske lokaliseringer. Udredning og behandling foretages derfor af en lang række specialer, Behandlingen foregår ved de to sarkomcentre i København og Aarhus, hvor der ugentligt afholdes MDT-konferencer med deltagelse af de involverede diagnostiske og behandlende afdelinger.

Kvalitetsindikatorerne for DSD omfatter den diagnostiske udredning, og hvorvidt afdelingerne lever op til de standarder, der er sat for evt. efterbehandling og opfølgende kontroller, hvorvidt man a.h.t. radikaliteten kan undgå reoperationer, og om forekomsten af recidiver efter 5 år (lokalt og metastatisk) svarer til internationale standarder.

11. Styregruppens medlemmer

Styregruppen for DSD under Dansk Sarkomgruppe (DSG) består af:

Peter Holmberg Jørgensen, overlæge, dr. med, ortopædkirurgisk afd., Aarhus Universitetshospital (formand)

Claus Lindkær Jensen, overlæge, ph.d., ortopædkirurgisk afd., Rigshospitalet

Akmal Safwat, overlæge, dr.med., onkologisk afd., Aarhus Universitetshospital

Peter Sommer, overlæge, Urologisk Afdeling, Rigshospitalet

Katja Maretty Kongstad, læge, ph.d., Institut for klinisk Eksperimentel Onkologi, Aarhus Universitet

Birgitte Schütt Christensen, cand.scient.san.publ., ph.d., Afdeling for Epidemiologi og Biostatistik, RKKP

Chefkonsulent Anne Gammelgaard, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland

12. Datagrundlag og beregningsgrundlag

Dansk Sarkom Database - beregningsgrundlag for indikatorer årsrapport 2016

Basis:

Sarkom data udtræk august 2016 (operationer 2009 - 31. december 2016)

CPR data fra september 2016

Indikatorer	Nævner	Tæller	Eksklusions/ inklusions kriterier	Uoplyst
<p>1. Udredningsmodalitet 1a. Andel af patienter, hvor en MR eller CT af tumor udføres hos patienter med subfasciel tumor</p> <p>DSD_01_001</p>	<p>Alle patienter med koder DC 21.0-22.7, 40-41.9, 43, 46.0-47.0, 48.1-50.0,60.9 plus DD 16.0- 17.0, 20.0-22.0. minus de patienter som var behandlet før henvisning (dvs. BFH Behandling før henvisning er lige 1 (ja)). Kun pt. som har L08_Blod lige med subfasciel.</p>	<p>Antal af pt. som fik UD1_MR eller UD2_CT</p>	<p>Eksklusion: Patienter som var behandlet før henvisning (dvs. BFH Behandling før henvisning er lige med 1(ja)).</p>	<p>Antal patienter med missing data i variabel UD1_MR eller UD2_CT KAN IKKE beregnes idet svar muligheder er 0 for missing eller ikke udført MR/CT</p>
<p>1. Udredningsmodalitet 1b. Andel af patienter, hvor en CT af thorax eller PET/CT hos patienter med intermedært og høj maligne tumorer udføres</p> <p>DSD_03_001</p>	<p>Antal af pt. med DC 21.0-22.7, 40-41.9, 43, 46.0-47.0, 48.1-50.0,60.9 som samtidig har krydset under HIS_VAS3 punkt 3 og 4.</p>	<p>Antal af pt. som fik UD8_TCT eller UD6_PET</p>	<p>Inklusion: Kun pt. med krydset under HIS_VAS3 punkt 3 eller 4 er med.</p>	<p>Antal patienter med missing data i variabel UD8_TCT eller UD6_PET KAN IKKE beregnes idet svar muligheder er 0 for missing eller ikke udført</p>
<p>1. Udredningsmodalitet 1c. Andel af patienter, hvor en knoglescintigrafi eller PET/CT ved knogletumorer hos patienter med intermedært og høj maligne tumorer udføres</p> <p>DSD_04_001</p>	<p>Alle patienter med DC 21.0-22.7, 40-41.9, 43, 46.0-47.0, 48.1-50.0,60.9 som havde knogletumor, dvs. der er kryds i en af følgende variabler : LO7_A1 , LO7_A2 , LO7_A3 , LO7_A4 , LO7_A5 , LO7_A6 , LO7_A7, LO7_A8 , LO7_A9, LO7_A10, LO7_A11, LO7_A12 , LO7_A13 , LO7_A14 , LO7_A15 , LO7_A16 , LO7_A17 , LO7_A18 , LO7_A19 , LO7_A20 , LO7_A21 Samtidig skal patienter har kryds under 167 HIS_VAS3 punkt 3 og 4.</p>	<p>Antal af pt. som fik UD5_KNOG eller UD6_PET</p>	<p>Inklusion: Kun pt. med knogletumor er med: der er kryds i en af følgende variabler : LO7_A1 , LO7_A2 , LO7_A3 , LO7_A4 , LO7_A5 , LO7_A6 , LO7_A7, LO7_A8 , LO7_A9, LO7_A10, LO7_A11, LO7_A12 , LO7_A13 , LO7_A14 , LO7_A15 , LO7_A16 , LO7_A17 , LO7_A18 , LO7_A19 , LO7_A20 , LO7_A21</p>	<p>Antal patienter med missing data i variabel UD5_KNOG eller UD6_PET KAN IKKE beregnes idet svar muligheder er 0 for missing eller ikke udført</p>

	<p>Patienter med histologisk kode M93703 skal ekskluderes.</p>			
<p>2. Tilstrækkelig kirurgisk margin Andel af patienter, der ikke skal foretage re-resektion pga. utilstrækkelig kirurgisk margin. DSD_07_001</p>	<p>Alle patienter med koder DC 21.0-22.7, 40-41.9, 43, 46.0-47.0, 48.1-50.0,60.9 plus DD 16.0- 17.0, 20.0-22.0, undtagende dem som har udfyldt dato under BFHR_DATO Resektion (dvs. resektion før henvisning)</p>	<p>Antal af patienter som har fået OP2_RERE Re-resektion</p>	<p>Inklusion: Patienter skal have kryds i OP1_OPER Eksklusion: Patienter som har udfyldt dato under BFHR_DATO Resektion (dvs. resektion før henvisning)</p>	<p>IKKE RELEVANT</p>
<p>3. Postoperativ strålebehandling Andel af patienter der efter operation, påbegynder strålebehandling inden 60 dage efter operationsdato. DSD_08_001</p>	<p>Alle patienter med DC 21.0-22.7, 40-41.9, 43, 46.0-47.0, 48.1-50.0,60.9 plus DD 16.0- 17.0, 20.0-22.0 plus ja under ON_BEH_STR Stråleterapi minus patienter som fik operationskrævende komplikation (LO11_KOM Komplikationer med kryds i OP1_OPER før stråle behandling)</p> <p>Pt. skal have 60 dage follow up og i live eller strålebehandling indenfor 60 dage. Hvis pt. døde uden strålebehandling indenfor 60 dage, bliver den ekskluderet.</p> <p>Kun patienter som har fået kryds i kurativ og færdig behandling i variabel BEHSIG, dvs. palliative patienter er ikke med.</p>	<p>Antal af patienter som har fået krydset ja under O1B_RT Stråleterapi mindre end 60 dage efter OP1A_DATO.</p>	<p>Inklusion: Patienter skal have kryds i OP1_OPER Beregne tid fra OP1A_DATO operationsdato til O16_DATO Dato start for Stråleterapi for at regne på 60dage. Eksklusion: patienter som fik kemoterapi før stråleterapi dvs. O1A_KEMO samt patienter som fik operationskrævende komplikation (LO11_KOM Komplikationer med kryds i OP1_OPER før stråle behandling).</p>	<p>IKKE RELEVANT</p>
<p>4. Klinisk kontrol indenfor 180 dage Antal af patienter, der kommer til første klinisk kontrol efter afsluttet behandling indenfor 180 dage (+30 dage) DSD_13_001</p>	<p>Antal af patienter med kode DC 21.0-22.7, 40-41.9, 43, 46.0-47.0, 48.1-50.0,60.9 plus DD 16.0- 17.0, 20.0-22.0. Pt. skal have 180 dage follow up og i live eller kontrol indenfor 180 dage. Hvis pt. døde uden kontrol indenfor 180 dage, bliver den ekskluderet.</p>	<p>Antal af patienter som var til første kontrol efter operation dvs. har KO_DATO Dato inden for 180 dage efter højeste stråleterapi dato, kemoterapi dato eller operationsdato</p>	<p>Inklusion: Patienter skal have kryds i OP1_OPER Kun patienter som har fået kryds i kurativ og færdig behandling i variabel BEHSIG, dvs. palliative patienter er ikke med. Inklusion: patient skal være afsluttet behandling defineret som højeste stråleterapi dato, kemoterapi dato eller operationsdato. Patienter med recidiv dato RE10_DATO som ligger før højeste stråleterapi dato,</p>	<p>IKKE RELEVANT</p>

			kemoterapi dato eller operationsdato og 1 år efter afsluttet behandling skal ekskluderes.	
5a. Lokal recidiv indenfor 5 år. Andel af sarkompatienter der får lokalt recidiv indenfor 5 år skarp DSD_14_001	Antal af sarkom patienter med koder DC 21.0-22.7, 40-41.9, 43, 46.0-47.0, 48.1-50.0,60.9. Pt. skal have 5 år follow up og i live eller recidiv indenfor 5 år. Hvis pt. døde uden recidiv indenfor 5 år, bliver den ekskluderet. Hvis pt. får recidiv og dør bagefter, indgå den i beregning.	Antal af patienter som har fået lokal recidiv dvs. (de skal have recidiv dato RE10_DATO indenfor 5 år efter operation plus kryds i variabel 5 RE2_LOK Lokalt.)	Eksklusion: Patienter med DC skal ikke i nævner hvis de havde variabel LO10_SKI (Skipmetastaser) eller variable 135-146 (Fjernmetastaser) på operationstidspunktet. Kun patienter som har fået kryds i kurativ og færdig behandling i variabel BEHSIG, dvs. palliative patienter er ikke med.	IKKE RELEVANT
5b. Fjernmetastase indenfor 5 år Andel af sarkompatienter der får fjernmetastase indenfor 5 år skarp DSD_15_002	Antal af sarkom patienter med koder DC 21.0-22.7, 40-41.9, 43, 46.0-47.0, 48.1-50.0,60.9. Pt. skal have 5 år follow up og i live eller metastase indenfor 5 år. Hvis pt. døde uden metastase indenfor 5 år, bliver den ekskluderet. Hvis pt. får metastase og dør bagefter, indgå den i beregning.	Antal af patienter som har fået fjernmetastase dvs. (de skal have recidiv dato 13 RE10_DATO indenfor 5 år efter operation plus kryds i en af følgende variabler: 6 RE3_BLOD, 7 RE4_KNO, 8 RE5_LUN1, 9 RE6_LUN2, 10 RE7_LEV, 11 RE8_ANDET	Patienter med DC skal ikke i nævner hvis de havde variabel LO10_SKI eller variable 135-146 på operationstidspunktet. Kun patienter som har fået kryds i kurativ og færdig behandling i variabel BEHSIG, dvs. palliative patienter er ikke med.	IKKE RELEVANT