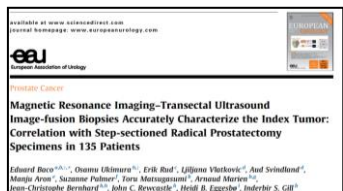


Det fagligt baserede lærende sundhedsvæsen

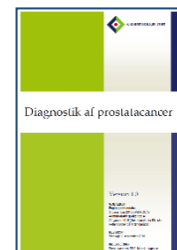
DMCG'er



Ny viden &
justerer

DMCG'er

Kliniske
retningslinjer



Kvalitetsdatabaser

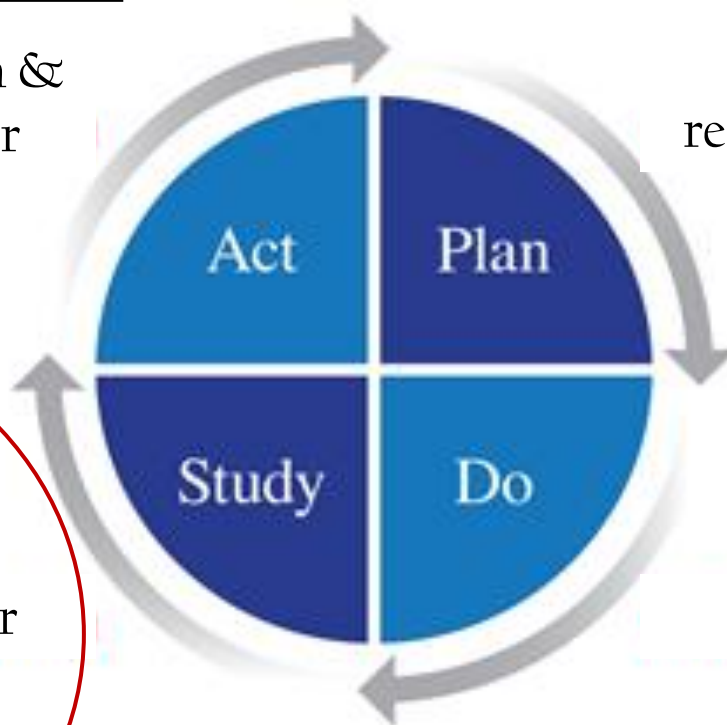


Overvåger

Klinisk praksis



MDT-
konferencer



Praktiske forhold

Udarbejdelse af kliniske indikatorer
Nationalt tilslutning (= > 90% deltagelse)



Konklusion

Behov for og krav om registrering

Samkøring af registre

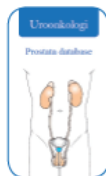
Enkelt – relevant – meningsfuld

Kontinuerlig analyse – formidling – aktion

Der arbejdes på praktiske og økonomiske forhold



Registrering i klinikken måtte opgives (1/3 missing)



Prostatacancerdatabasen

Registreringsskema - foreløbig registrering
Den Uroonkologiske Fællesdatabase

Patientoverblik

CPR-nr. _____

Navn: _____

Diagnose

Dato for biopsitagning: _____ dd-mm-yyyy

Kardinalsymptomer (1 kryds)

- 1. Ingen (usystematisk screening) ☐
- 2. LUTS ☐
- 3. Hæmaturi ☐
- 4. Hæmopermi ☐
- 5. Metastasesymptomer ☐

- 1. Maligne smerter ☐
- 2. Rygsmerter ☐
- 3. Uræmi ☐
- 4. Lymfödem ☐
- 5. Cauda equina syndrom ☐
- 6. Anæmi ved neoplasmer ☐
- 6. Andet ☐
- 7. Ukendt ☐

PSA (sidste prædiagnostiske værdi):

_____ Total µg/l

Prostatavolumen:

_____ ml

cTNM: (sæt ring om de aktuelle værdier):

T: T0, Tx, T1a, T1b, T1c, T2a, T2b, T2c, 3a, 3b, T4

N: Nx, N0, N1

M: Mx, M0, M1

Behandling

Dato for beslutning om behandling: _____ dd-mm-yyyy

PSA: _____ Total µg/l

Behandling (1 kryds):

- 1. Ingen ☐
- 2. Aktiv overvågning ☐
- 3. Intensiveret helbredelse ☐
- 4. Medicinsk behandling/palliation ☐

Progression/recidiv

Dato: _____ dd-mm-yyyy

- type: Biokemisk ☐
Klinisk ☐

PSA (sidste prædiagnostiske værdi):

_____ Total µg/l

cTNM: (sæt ring om de aktuelle værdier)

T: T0, Tx, T1a, T1b, T1c, T2a, T2b, T2c, 3a, 3b, T4

N: Nx, N0, N1

M: Mx, M0, M1

Oplysningerne indtastes efterfølgende under "www.uofdatabase.dk".

Rekvirering af passwords, spørgsmål eller kommentarer, kontakt databasekoordinator Pia T. Rind på tlf. 8942 4897, eller på ptr@doe.au.dk.

T stadie på diagnosetidspunkt

T0	8 (0,2%)
Tx	130 (2,8%)
T1a	48 (1,0%)
T1b	25 (0,5%)
T1c	1.128 (24,4%)
T2a	416 (9,0%)
T2b	295 (6,4%)
T2c	304 (6,6%)
T3a	521 (11,3%)
T3b	205 (4,4%)
T4	125 (2,7%)

Ikke registreret

1.415 (30,6%)

M stadie på diagnosetidspunkt

M0	2.671 (57,8%)
M1	520 (11,3%)

Ikke registreret

1.429 (30,9%)

ONKOLOGI

DaProCa

Dansk Prostatacancer Gruppe (DAPROCA) er en af de 25 Danske Multidisciplinære Cancer Grupper og har som hovedopgave at fremme behandlingen af prostatakræft i Danmark

Kalender

[Se alle](#)

SEP
25

25. september 2024 - 27. september 2024

Klinisk Retningslinjeinternat. Munkebo

OKT
3

3. oktober 2024 - 4. oktober 2024

MRI-First Konsensus seminar

NOV
21

21. november 2024 - 22. november 2024

Specialiststudietur til UCL

DMCG'ens organisation

DAPROCA¹

Retningslinjeudarbejdelse¹ (hele DMCG'en)

Forskningsudvalg² (delmængde af DMCG'en)

Databasestyregruppen³ (delmængde)

Stråleterapiudvalg⁴ (både deltagere fra DMCG'en og eksterne)

DPCC – Forskning

DAPROCA deltagere samt en landsdækkende bred kreds af aktører

Projekter baseret på DMCG'en

DaProCa 1 – Salvage stråleterapi i Danmark. Afsluttet

[Acta Oncol. 2016 May;55\(5\):598-603. doi: 10.3109/0284186X.2015.1088170. Epub 2015 Sep 23.](#)

DaProCa 2 – Propel A og B Pelvin lymfeknudebestråling med samtidigt boost til prostata for prostatakræftpatienter i højrisikogruppe: Et fase I/II studium. Studierne er afsluttet, afventer modning af data. Der er observeret enkelte tilfælde af betydende akut morbiditet og disse data undergår publikation, mens der afventes data på senfølger. Afsluttet.

[Acta Oncol. 2011 Aug;50\(6\):926-34. doi: 10.3109/0284186X.2011.590522.](#)

[Acta Oncol. 2022 Feb;61\(2\):179-184. doi: 10.1080/0284186X.2021.1979246. Epub 2021 Sep 20.](#)

DaProCa 3 – ADT in salvage radiation. The importance of androgen deprivation therapy in salvage radiation therapy following radical prostatectomy. A national Danish study.

[Link til artikel](#)

DaProCa4 – Liquid biopsi Predicting Prostate Cancer by Plasma and Urine Biomarkers Combined in an Algorithm for elderly Men. Der pågår en validering af biomarkørerne på dette og et andet datasæt.

[Scand J Urol. 2020 Aug;54\(4\):323-327. doi: 10.1080/21681805.2020.1782979. Epub 2020 Jul 1.](#)

DaProCa 5 – PROSALBRA – Salvage high dose rate brachytherapy for local recurrence in prostate cancer
Protokollen er aktiv og der pågår patientrekruttering.

DaProCa 6 – Implementering af PRO ved prostata cancer Projektet er finansieret af Kræftens Bekæmpelse og er aktivt på OUH, AUH og Herlev-Gentofte Sygehus.

[Link til artikel](#)

DaProCa7 – Eksperimentel kirurgi – Salvage prostatektomi 3OBS igen: Region Midt-ansatte skal tilgå linket via Edge browser 9 Protokollen er aktiv på AUH og Herlev-Gentoft Hospital. Der arbejdes på national udrolning.

[Link til artikel](#)

DAPROCA 8 – PROstate PROTON trial 1 (PRO-PROTON 1) Studiet er aktivt.

[Link til artikel](#)

DAPROCA 9 (DPCC-1): Multicenter development of liquid biopsy biomarkers for early detection of prostate cancer. AUH, OUH og HGH deltager og der rekrutteres nu fra samtlige centre.

[Link til artikel](#)

DAPROCA 10 – under etablering

Protokol-oversigt



Dansk Prostatakræft Konsortium

Et samarbejde for at fremme forskning i prostata kræft

Dansk Prostatakræft Konsortium Studie 1 (DPCC-1): Multicenter udvikling af flydende biomarkører til tidlig opdagelse af prostatakræft

Et nationalt samarbejde mellem



AARHUS UNIVERSITET



Aarhus Universitets-
hospital



Odense Universitets-
hospital



Herlev og Gentofte
Hospital



Molekylær medicinsk
afdeling



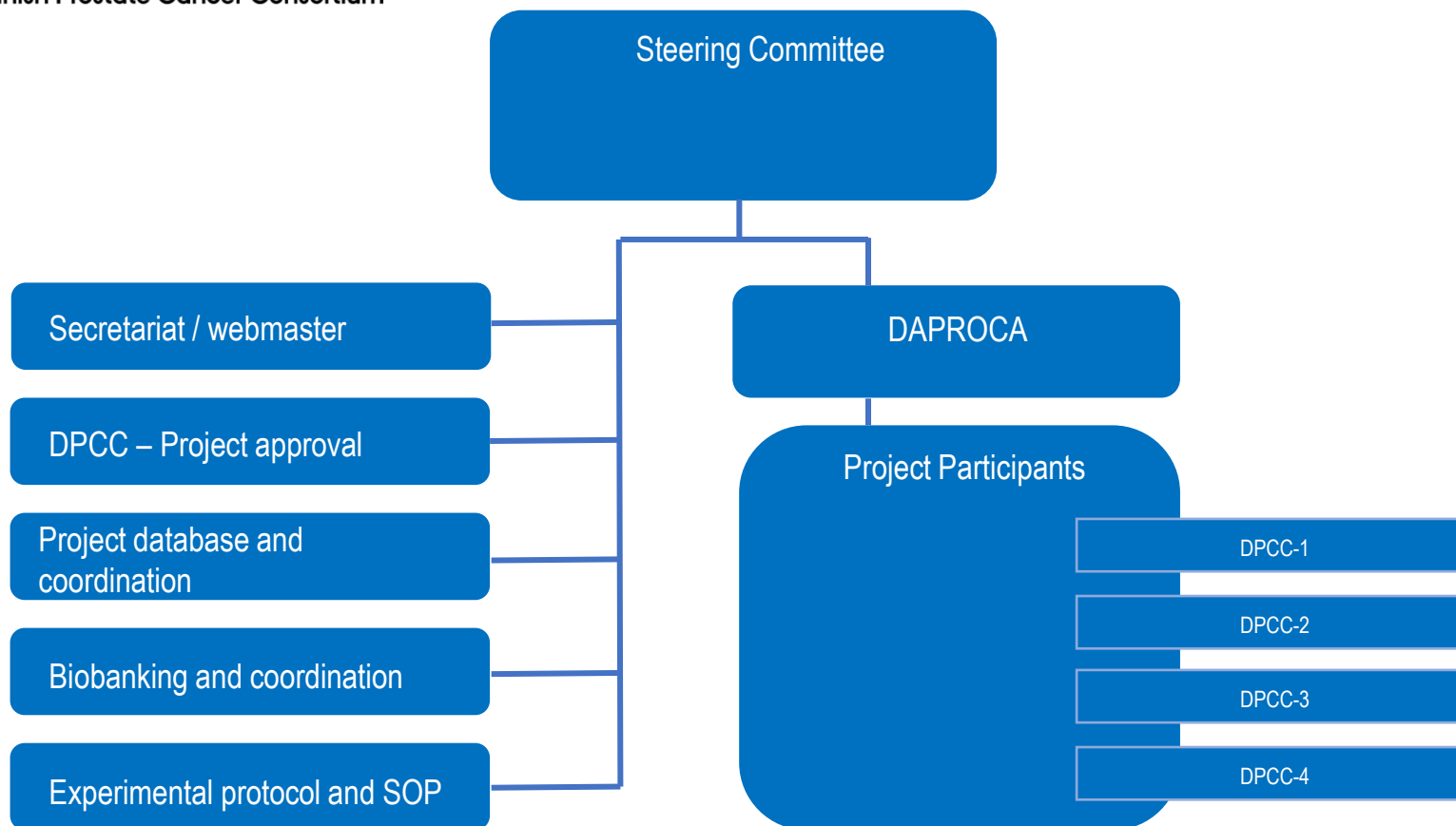
Studiet

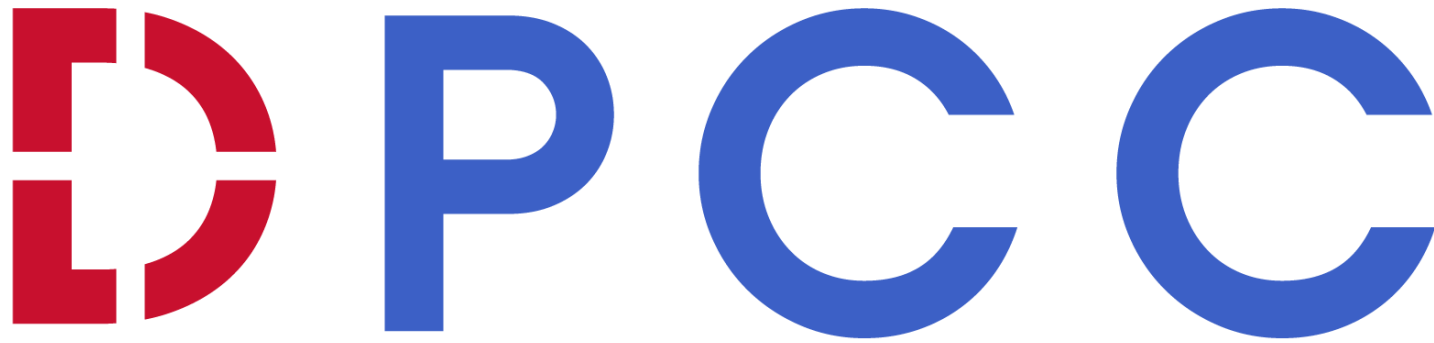
DPCC-1 er et videnskabeligt projekt, der udføres i et samarbejde mellem afdelinger på Aarhus Universitetshospital, Odense Universitetshospital og Herlev og Gentofte Sygehus, samt Molekylær Medicinsk Afdeling i Skejby.

Formål, betydning og rækkevidde

Formålet med dette forsøg er at udvikle bedre og mere præcise blod eller baserede test til tidlig påvisning af prostatakræft. I dag opdages prostatakræft typisk på baggrund af en blodprøve (PSA-test) som ofte er forhøjet ved prostatakræft, men som også kan være forhøjet ved f.eks. betændelse i prostata eller ved godartet forstørret prostata. MR-skanning er det primære værktøj til at bestemme om en forhøjet PSA skal ledsages af vævsprøvetagning (biopsi) for at afklare om der er kræft i prostata. Da PSA-testen ikke kan skelne klart mellem prostatakræft der kræver behandling, og tilfælde der ikke kræver behandling, bliver mange mænd unødvendigt MR-skannet og får fortaget vævsprøveudtagning. Der er således behov for udvikling af nye og bedre metoder (blod- eller urinprøve) til at udvælge de mænd, som reelt har brug for en MR skanning af prostata.

Vi forventer at i alt 2500 mænd vil indgå i projektet over en





Danish Prostate Cancer Consortium

Scientific Prostate Cancer Day



Dansk Prostatakræft Konsortium

Et samarbejde for at fremme forskning i prostata kræft

Dansk Prostatakræft Konsortium Studie 1 (DPCC-1): Multicenter udvikling af flydende biomarkører til tidlig opdagelse af prostatakræft

Et nationalt samarbejde mellem



AARHUS UNIVERSITET



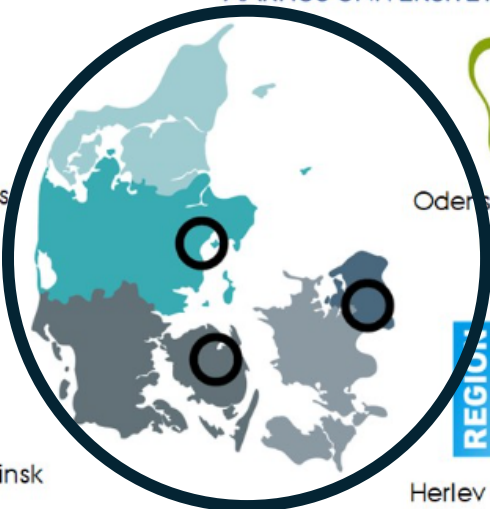
Aarhus Universitets
hospital



Odense Universitets-
hospital



Molekylær medicinsk
afdeling



Herlev og Gentofte
Hospital

Studiet

DPCC-1 er et videnskabeligt projekt, der udføres i et samarbejde mellem afdelinger på Aarhus Universitetshospital, Odense

U
M

DPCC-2 / DAPROCA 11

F

F

bl

de

(P

og

ge

va

va

pr

pr

kr

sk

be

Landsdækkende PROTOKOL udkast

Ansøge DCCC om 200.000 kr. til
endelig protokol udfærdigelse
og studieinitiering

urinprøve) til at udvælge de mænd, som reelt har brug for en MR
skanning af prostata.

Vi forventer at i alt 2500 mænd vil indgå i projektet over en

Strategi / Handleplan 2023-26

Mål	Målsætning	Ja	Nej
1.	Kontinuerlig udvikling og opdatering af DMCG-retningslinjer efter bedste evidens		
1.2	Er alle DMCG'ens retningslinjer opdaterede sv.t. de revisionsdatoer, DMCG'en har angivet på forsiden af retningslinjerne? <i>Kommentar:</i>	X	
3.	De kliniske retningslinjer implementeres i klinikken, og relevante elementer af retningslinjerne monitoreres i de kliniske kvalitetsdatabaser		
3.1	Kommunikerer jeres DMCG-information om nye eller opdaterede kliniske DMCG-retningslinjer til de faglige miljøer senest 1 uge efter administrativ godkendelse? <i>Kommentar:</i>	X	
3.2	Dagsordensætter I nye og/eller opdaterede retningslinjer ved databasens styregruppemøder mhp. drøftelse af monitoreringsforslag anført i retningslinjerne? <i>Kommentar:</i>	X	
4.	Retningslinjer skal dække relevante tværgående sygdomsområder med høj grad af samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet		
4.2	Bidrager DMCG'en til at identificere og udarbejde tværgående kliniske retningslinjer? <i>Kommentar:</i>	X	
4.3	Arbejder DMCG'en for, at der afdækkes behov for udarbejdelse af kliniske retningslinjer inden for opfølgning samt rehabilitering og palliation med involvering af relevante faggrupper og de kommunale sundhedsmyndigheder? <i>Kommentar:</i> En gennemarbejdnig af eksisterende retningslinje for "Opfølgning" er dagsordensat		X
5.	Høj datakvalitet ved rettidig og korrekt registrering, kodning og validering		
5.1	Er der i DMCG'en en vedvarende registrering af data, så disse kan indgå i tidstro kvalitetsmonitorering og kvalitetsudvikling? <i>Kommentar:</i> Det er ikke lykkedes at få 4 af 5 regioner til at registrere PI-Rads-score 1-5		X
5.2	Har jeres DMCG en LPR3-kodevejledning svarende til eget sygdomsområde? <i>Kommentar:</i>	X	

Strategi / Handleplan 2023-26

19.	De Multidisciplinære Team konferencer (MDT) videreudvikles		
19.2	Arbejder jeres DMCG gennem site-visits og gensidig læring for en ensartet konferenceform på nationalt niveau? <i>Kommentar:</i> Dagsordensat i 2024.		X
20.	MDT-konferencer kvalitetssikres - lokalt og nationalt		
20.2	Har jeres DMCG udfærdiget en vejledning for kvalitetssikring af MDT-konferencerne? Vejledningerne skal bl.a. adressere deltagerkreds fra de nødvendige specialer, relevante patientgrupper og auditering. <i>Kommentar:</i> Dagsordensat i 2024.		X
20.3	Arbejder jeres DMCG på, gennem de kliniske retningslinjer at sikre de nødvendige specialers/faggruppers deltagelse ved konferencerne? <i>Kommentar:</i>	X	
20.4	Arbejder jeres DMCG på, gennem de kliniske retningslinjer at definere hvilke patientgrupper, der altid bør fremlægges på MDT-konferencerne for behandlingsbeslutning? <i>Kommentar:</i> Store regionale variationer af opfattelse heraf. Dagsordensat i 2024.		X
20.5	Arbejder jeres DMCG for regelmæssig stikprøvebaseret auditering af de lokale MDT-konferencer ifht. om behandlingsbeslutninger er i overensstemmelse med gældende retningslinjer? <i>Kommentar:</i>		X
20.6	Arbejder jeres DMCG for auditering ved de lokale MDT-konferencer ift. behandlingsbeslutning ved et uventet patientforløb, såsom uventet tidligt recidiv efter kurativt intenderet behandling? <i>Kommentar:</i> Dagsordensat i 2024.		X



Internat 2024 – Opdatering kliniske retningslinjer



Adaptation

Information fra DUCG
(Blæsecancer)

- » DaPeCa (Peniscancer)
- » DaProCa (Prostatacancer)
 - » Medlemmer
 - » Møder og referater
 - » Forskningsprojekter
 - » Kliniske retningslinjer
 - » Ansøgninger
 - » Pakkeforløb
 - » Opfølgningsprogrammer
- » DaRenCa (Nyreccancer)
- » DaTeCa (Testiscancer)
- » Database
- » Kodning

Kliniske retningslinjer 2018

SST retningslinje 2018 - visitation til radikal prostatektomi

3. Epidemiologi

4.1 Klassifikation og staging systemer

4.2 Patologi

5.1 Screening og tidlig detektion

5.2 Diagnosticering

5.3 Stadienddeling

6.1.1 Active Surveillance

6.1.2 Radikal Prostatektomi

6.1.3 Strålebehandling

6.1.4 Endokrin behandling

6.1.5 Eksperimentel behandling

6.3 Behandling af PSA-recidiv

6.4 Behandling ved mHSPC

6.5 Behandling ved mCRPC

7. Opfølgning

8. Billeddiagnostik

9. Palliation

10. Registrering

Kliniske retningslinjer 2017

Kliniske retningslinjer 2016

15



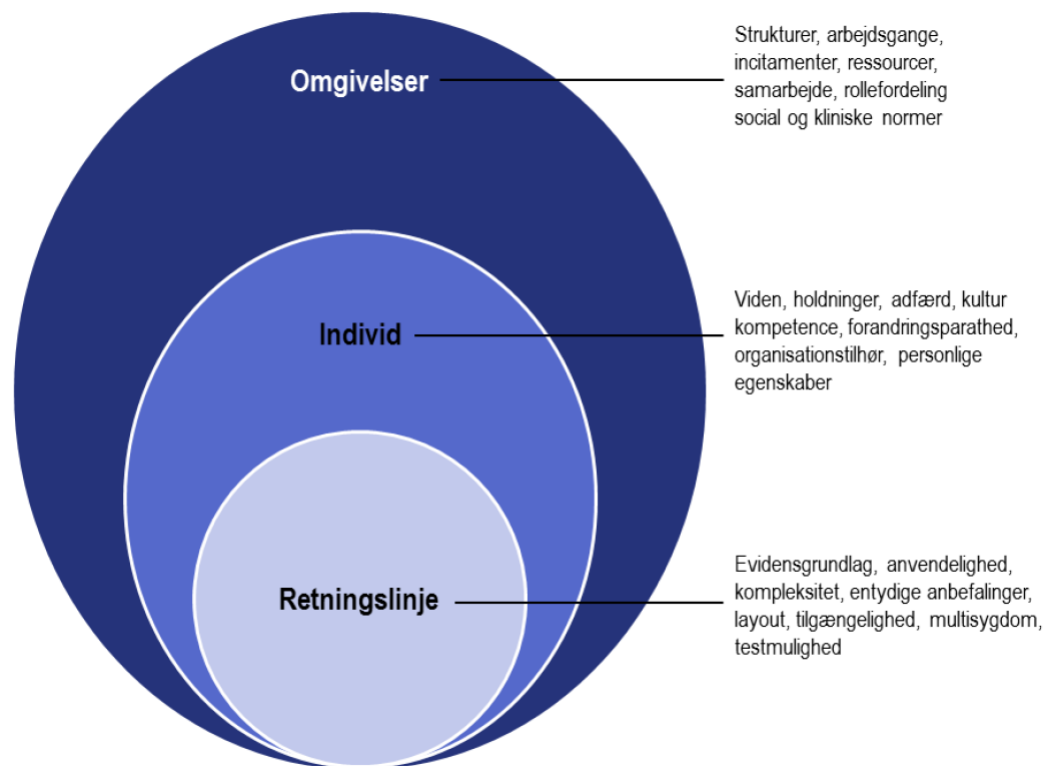
~ 150-200 anbefalinger

Multidisciplinært national konsensus



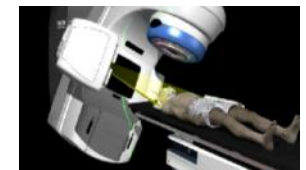
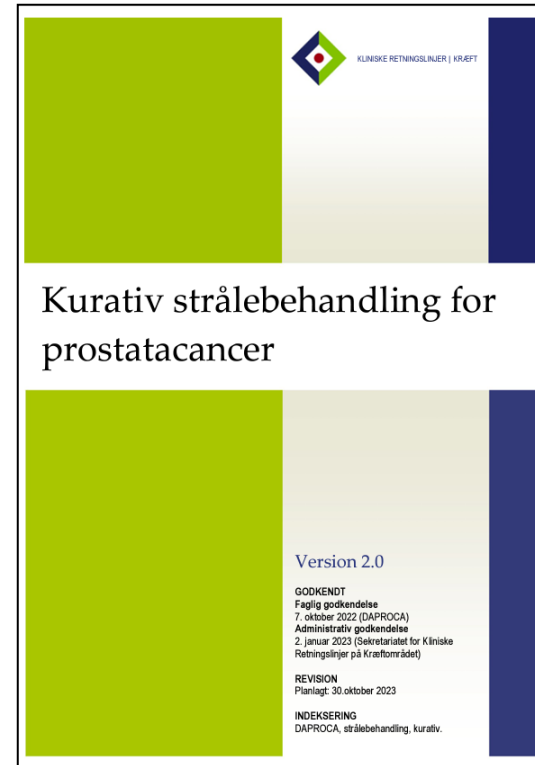
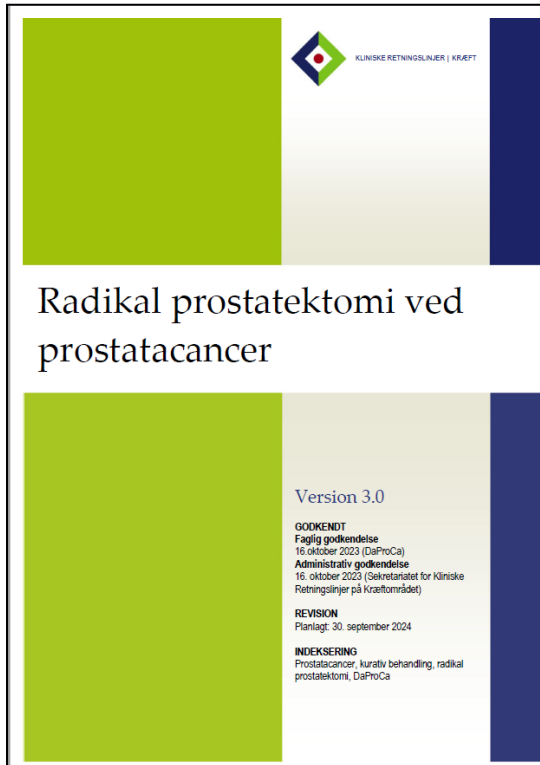
Hvordan gør vi det Lokalt?

Fra papir til patient



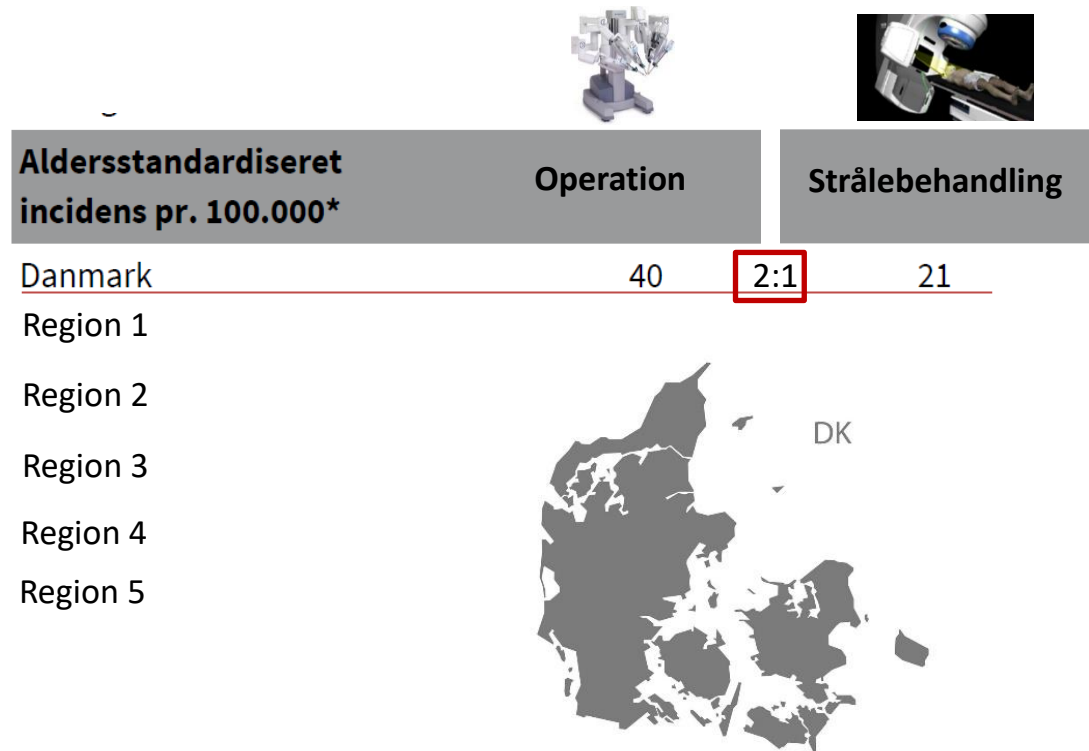
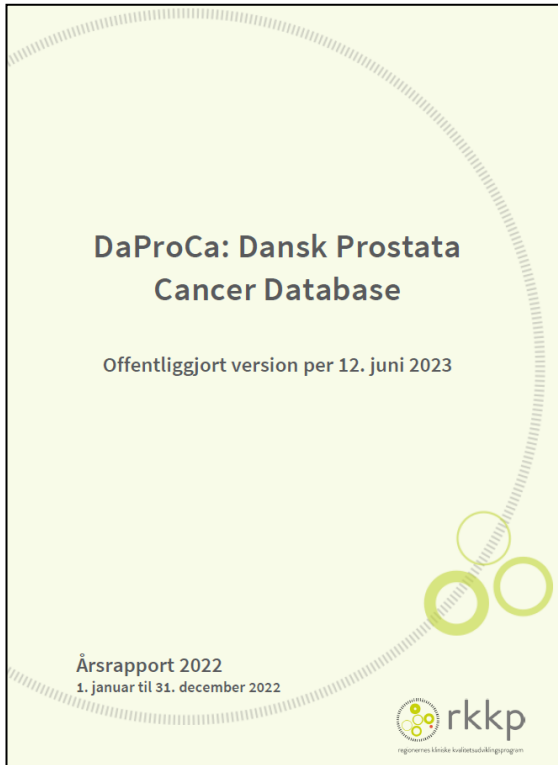
Figur 1: Faktorer, der påvirker implementering af kliniske retningslinjer

DAPROCA - behandlingsanbefalinger



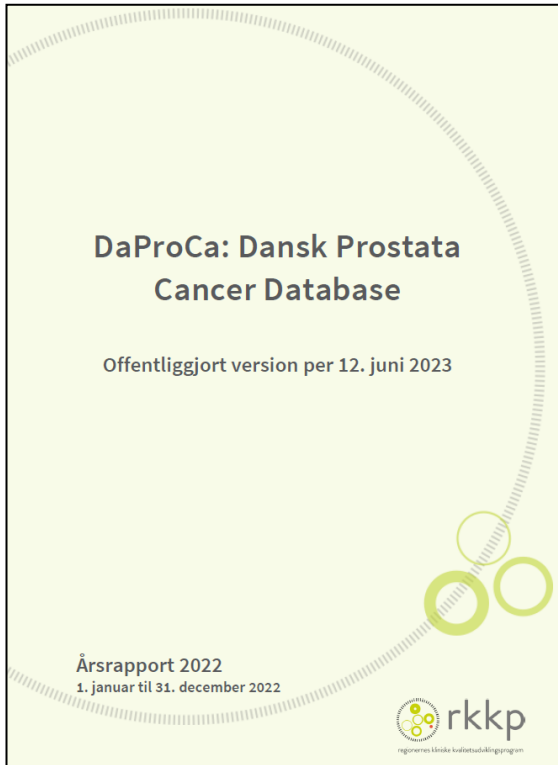
Type af helbredende behandling 2022

Regionale variationer over praksis



Type af helbredende behandling 2022

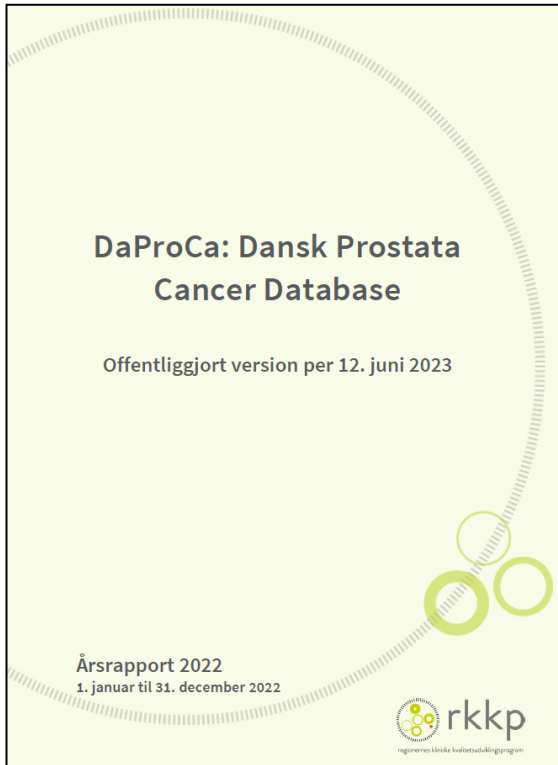
Regionale variationer over praksis



Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*	 Operation		 Strålebehandling	
	Operation		Strålebehandling	
Danmark	40	2:1	21	
Region 1	40	2:1	18	
Region 2	45		29	
Region 3	32		14	
Region 4	35		32	
Region 5	54		7	

Type af helbredende behandling 2022

Regionale variationer over praksis



Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*	 Operation		 Strålebehandling	
Danmark	40	2:1	21	
Region 1	40	2:1	18	
Region 2	45		29	
Region 3	32		14	
Region 4	35	1:1	32	
Region 5	54	8:1	7	

DAPROCAdata Årsrapport 2023 er publiceret

Se webversionen her Du kan finde årsrapporten i .pdf her

[Læs mere ↗](#)

Årets Resultater

Konklusioner og anbefalinger

Indledning

Indikatorer

Indikator 1: Indlæggelseshyppighed efter
prostatabiopsi

Indikator 1s: Andelen af biopsier som er transperineale
biopsier

Indikator 2: Tumorpositive kirurgiske rande (pT2)

Indikator 3: Tumorpositive kirurgiske rande (pT3)

Indikator 4: Kirurgiske komplikationer

Indikator 5: Lav risiko: kurativ behandling

Indikator 6: Høj risiko: kurativ behandling

Indikator 7: MR-aktivitet

Indikator 8s: PI-RADS score ved MR

Indikator 9: MDT-aktivitet

Oversigt over indikatorsættet

Styregruppens medlemmer

Om denne udgivelse

Kommentarer fra regionerne

Baggrundsmaterialer

Dansk Prostatacancer Database

Daproca Årsrapport 2023

Offentliggjort 1. juli 2024

Årets Resultater

Konklusioner og anbefalinger [↗](#)

Målopfyldelsesgraden i årets indikatorrapport indikerer, at varetagelsen af prostatacancerområdet grundlæggende ligger på et stabilt og mellem regionerne ensartet niveau af høj kvalitet. Der findes til trods for dette på flere områder behov for et fokus på forbedringstiltag.

Implementeringen af den sterile transperineale biopsiadgang anses, ligesom den resulterende overbevisende nedgang i biopsirelaterede indlæggelser, for yderst lovende (indikator 1 og 1s). Det er aktuelt vigtigt at sikre en ensartet høj grad af implementering ved anvendelse af en stigende andel af transperineale biopsier i samtlige regioner og deres afdelinger. Det er i sagens natur vigtigt, at der i alle afdelinger i fremtiden kodes specifikt for biopsiadgangen. F.eks. Perkutan transperineal nålebiopsi af prostata: TKE00B.

MR-aktiviteten afspejler tilsvarende en efterhånden opfyldt implementering af den nye diagnostiske strategi, og landsgennemsnittet for det aktuelle udviklingsmål er næsten opfyldt. Men på lokalt niveau er der dog fortsat endog meget stor forskel på anvendelse af den diagnostiske MR-skanning. Andelen af patienter, som tilbydes den anbefalede diagnostiske strategi, spænder fra 29% til 75% blandt de større behandlingscentre (indikator 7).

Med den indledende MR-skanning har man fået en ny og yderst central prædiktiv læsionsscore til anvendelse i forhold til bl.a. indikation for diagnostisk biopsi eller påvisning af sygdomsprogression hos patienter under observation (active surveillance). Kvaliteten af den nye og meget ressourcekrævende diagnostiske strategi kan imidlertid ikke monitoreres uden indberetning af den radiologiske 5-trins PI-RADS læsionsscore, hvilket aktuelt desværre kun praktiseres i to af landets regioner (indikator 8s). Det anbefales derfor, at såvel anvendelse af den diagnostiske MR-skanning bliver ensartet høj i hele landet, og at man i hele Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Midtjylland påbegynder indberetning af PI-RADS score ved MR-skanning af prostata.

DAPROCAdata Årsrapport 2023 er publiceret

Se webversionen her Du kan finde årsrapporten i .pdf her

[Læs mere ↗](#)

Årets Resultater

Konklusioner og anbefalinger

Indledning

Indikatorer

Indikator 1: Indlæggelseshyppighed efter
prostatabiopsi

Indikator 1s: Andelen af biopsier som er transperineale
biopsier

Dansk Prostatacancer Database

Daproca Årsrapport 2023

Offentliggjort 1. juli 2024

Årets Resultater

Konklusioner og anbefalinger

Målopfyldelsesgraden i årets indikatorrapport indikerer, at varetagelsen af prostatacancerområdet grundlæggende ligger på et stabilt og mellem regionerne ensartet niveau af høj kvalitet. Der findes til trods for dette på flere områder behov for et fokus på forbedringstiltag.

Styregruppens medlemmer

Om denne udgivelse

Kommentarer fra regionerne

Baggrundsmaterialer

Med den indledende MR-skanning har man fået en ny og yderst central prædiktiv læsionsscore til anvendelse i forhold til bl.a. indikation for diagnostisk biopsi eller påvisning af sygdomsprogression hos patienter under observation (active surveillance). Kvaliteten af den nye og meget ressourcekrævende diagnostiske strategi kan imidlertid ikke monitoreres uden indberetning af den radiologiske 5-trins PI-RADS læsionsscore, hvilket aktuelt desværre kun praktiseres i to af landets regioner (indikator 8s). Det anbefales derfor, at såvel anvendelse af den diagnostiske MR-skanning bliver ensartet høj i hele landet, og at man i hele Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Midtjylland påbegynder indberetning af PI-RADS score ved MR-skanning af prostata.

Baggrunds materiale



Baggrundsmateriale



rkkp regionernes kliniske kvalitetsprogram

Baggrundsmaterialer

Beskrivelse af patientpopulationen

Nydiagnosticerede
prostatacancer patienter 2019-
2023

Active surveillance (kode
ZZ4252B baseret på data fra LPR)

Radikal prostatektomi

Strålebehandling (36+fraktioner)

Brachyterapi

Salvage strålebehandling

Watchful waiting

Anden behandling

	År for prostatektomi				
	2023	2022	2021	2020	2019
Radikal prostatektomi (RP)	986	1.181	1.234	1.117	1.144
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	146	204	249	245	265
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	108	129	122	126	119
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi - Overafdeling	140	200	154	124	106
Odense Universitetshospital - Svendborg, OUH Urinvejskirurgi	219	223	209	211	202
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	93	118	121	105	159
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	161	121	163	143	173
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	119	186	216	163	120
Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*					
Danmark	33	40	42	38	39
Hovedstaden	31	40	45	44	46
Sjælland	31	45	36	30	26
Syddanmark	33	32	31	32	30
Midtjylland	37	35	41	36	50
Nordjylland	36	54	65	51	38
Alder på operationstidspunkt					
Median (Q1;Q3)	68 (62,5;72,1)	68 (62,5;72,0)	68 (63,1;72,2)	67 (62,4;71,6)	68 (62,4;71,4)
Gennemsnit (Min;Max)	67 (39,2;81,4)	67 (43,9;83,5)	67 (42,4;79,7)	67 (40,4;79,8)	66 (39,5;84,6)
PSA ved diagnose					
<4	57 (5,8%)	43 (3,6%)	59 (4,8%)	56 (5,0%)	48 (4,2%)
4-9	530 (53,8%)	650 (55,0%)	713 (57,8%)	623 (55,8%)	636 (55,6%)
10-20	264 (26,8%)	331 (28,0%)	291 (23,6%)	290 (26,0%)	310 (27,1%)
21-100	119 (12,1%)	131 (11,1%)	155 (12,6%)	129 (11,5%)	135 (11,8%)

Baggrundsmateriale



Baggrundsmaterialer

Beskrivelse af patientpopulationen

Nydiagnosticerede
prostatacancer patienter 2019-
2023

Active surveillance (kode
ZZ4252B baseret på data fra LPR)

Radikal prostatektomi

Strålebehandling (36+fraktioner)

Brachyterapi

Salvage strålebehandling

Watchful waiting

Anden behandling

	År for prostatektomi				
	2023	2022	2021	2020	2019
ISUP** grad ved diagnose	Grade				
1 (Gleason score -6)	167 (16,9%)	206 (17,4%)	279 (22,6%)	290 (26,0%)	262 (22,9%)
2 (Gleason score 3+4)	454 (46,0%)	542 (45,9%)	524 (42,5%)	470 (42,1%)	472 (41,3%)
3 (Gleason score 4+3)	180 (18,3%)	211 (17,9%)	252 (20,4%)	202 (18,1%)	218 (19,1%)
4 (Gleason score 8)	57 (5,8%)	81 (6,9%)	75 (6,1%)	61 (5,5%)	102 (8,9%)
5 (Gleason score 9+)	92 (9,3%)	101 (8,6%)	79 (6,4%)	57 (5,1%)	69 (6,0%)
ISUP grad ikke defineret	36 (3,7%)	40 (3,4%)	25 (2,0%)	37 (3,3%)	21 (1,8%)
EAU risikovurdering	Risiko				
Udenfor risikovurdering	22	20	28	44	52
Risikovurderede:					
(Diagnose før 2019)	48 (5,0%)	79 (6,8%)	107 (8,9%)	165 (15,4%)	409 (37,5%)
Ukendt	37 (3,8%)	43 (3,7%)	34 (2,8%)	38 (3,5%)	23 (2,1%)
Lav risiko	66 (6,8%)	72 (6,2%)	110 (9,1%)	83 (7,7%)	35 (3,2%)
Intermediær risiko	524 (54,4%)	622 (53,6%)	577 (47,8%)	507 (47,3%)	335 (30,7%)
Høj risiko	289 (30,0%)	345 (29,7%)	378 (31,3%)	280 (26,1%)	290 (26,6%)
Operationstype, RP	Indgreb				
Perkutan endoskopisk RP	114 (11,6%)	114 (9,7%)	125 (10,1%)	82 (7,3%)	86 (7,5%)
Perkutan endoskopisk ikke nervesparende RP	301 (30,5%)	422 (35,7%)	459 (37,2%)	446 (39,9%)	429 (37,5%)
Perkutan endoskopisk enkeltsideg nervesparende RP	452 (45,8%)	472 (40,0%)	482 (39,1%)	419 (37,5%)	447 (39,1%)
Perkutan endoskopisk dobbeltsidigt nervesparende RP	110 (11,2%)	165 (14,0%)	160 (13,0%)	166 (14,9%)	170 (14,9%)
Charlson comorbidity index (v/ RP)	Komorbiditet				
Score 0	706 (71,6%)	872 (73,8%)	895 (72,5%)	808 (72,3%)	821 (71,8%)
Score 1-2	246 (24,9%)	267 (22,6%)	293 (23,7%)	262 (23,5%)	275 (24,0%)
Score 3 eller derover	34 (3,4%)	42 (3,6%)	46 (3,7%)	47 (4,2%)	48 (4,2%)

Baggrundsmateriale



Baggrundsmaterialer

Beskrivelse af patientpopulationen

Nydiagnosticerede
prostatacancer patienter 2019-
2023

Active surveillance (kode
ZZ4252B baseret på data fra LPR)

Radikal prostatektomi

Strålebehandling (36+fraktioner)

Brachyterapi

Salvage strålebehandling

Watchful waiting

Anden behandling

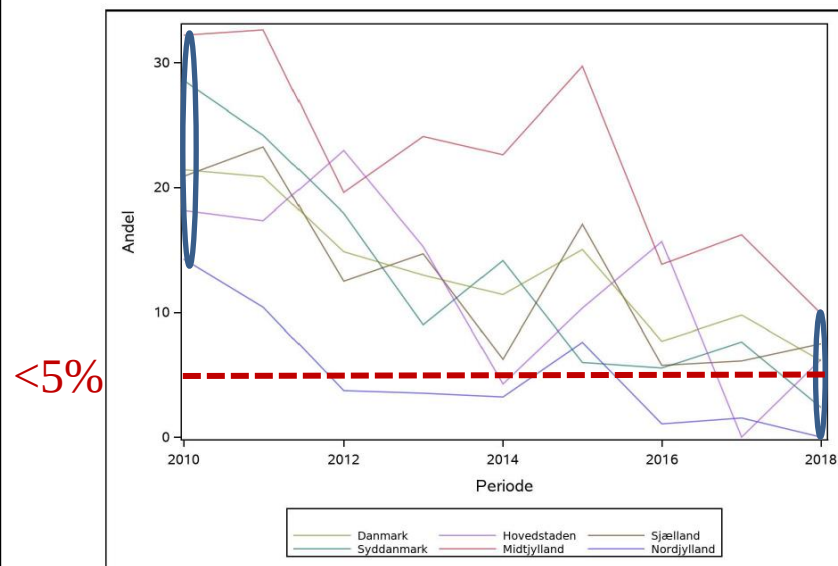
		År for prostatektomi				
		2023	2022	2021	2020	2019
T stadie (v/ diagnose)						
(Diagnose før 2019)		48 (4,9%)	79 (6,7%)	107 (8,7%)	165 (14,8%)	409 (35,8%)
Ikke registreret		178 (18,1%)	182 (15,4%)	170 (13,8%)	185 (16,6%)	181 (15,8%)
T1c		323 (32,8%)	400 (33,9%)	392 (31,8%)	288 (25,8%)	161 (14,1%)
T2		24 (2,4%)	20 (1,7%)	33 (2,7%)	24 (2,1%)	24 (2,1%)
T2a		130 (13,2%)	208 (17,6%)	153 (12,4%)	141 (12,6%)	87 (7,6%)
T2b		99 (10,0%)	98 (8,3%)	111 (9,0%)	88 (7,9%)	51 (4,5%)
T2c	T	79 (8,0%)	77 (6,5%)	103 (8,3%)	99 (8,9%)	127 (11,1%)
T3		10 (1,0%)	18 (1,5%)	21 (1,7%)	11 (1,0%)	16 (1,4%)
T3a		28 (2,8%)	38 (3,2%)	54 (4,4%)	39 (3,5%)	36 (3,1%)
Tx		12 (1,2%)	21 (1,8%)	27 (2,2%)	31 (2,8%)	15 (1,3%)
N stadie (v/ diagnose)						
(Diagnose før 2019)		48 (4,9%)	79 (6,7%)	107 (8,7%)	165 (14,8%)	409 (35,8%)
Ikke registreret		154 (15,6%)	183 (15,5%)	186 (15,1%)	185 (16,6%)	185 (16,2%)
N0	N	721 (73,1%)	797 (67,5%)	728 (59,0%)	376 (33,7%)	192 (16,8%)
N1		14 (1,4%)	13 (1,1%)	17 (1,4%)	42 (3,8%)	47 (4,1%)
Nx		49 (5,0%)	109 (9,2%)	196 (15,9%)	349 (31,2%)	311 (27,2%)
M stadie (v/ diagnose)						
(Diagnose før 2019)		48 (4,9%)	79 (6,7%)	107 (8,7%)	165 (14,8%)	409 (35,8%)
Ikke registreret		25 (2,5%)	38 (3,2%)	21 (1,7%)	15 (1,3%)	57 (5,0%)
M0	M	885 (89,8%)	1.040 (88,1%)	1.056 (85,6%)	776 (69,5%)	561 (49,0%)
M1		12 (1,2%)	7 (0,6%)	13 (1,1%)	4 (0,4%)	10 (0,9%)
Mx		16 (1,6%)	17 (1,4%)	37 (3,0%)	157 (14,1%)	107 (9,4%)

Termen "standard" erstattes fremover af "udviklingsmål"

Termen "standard" angiver ikke alvorligheden af manglende opfyldelse, og ordet kan derfor give anledning til misforståelse

Styregruppen for prostatakræftdatabasen har valgt at fastsætte **udviklingsmål** på et niveau, hvor målet ikke er universelt opfyldt, idet vi vurderer, at det er nyttigt at bruge fastsættelsen til at udpege regioner og afdelinger, som potentielt kan opnå kvalitetsforbedringer ved at tage lære fra regioner og afdelinger, hvor udviklingsmålet er opfyldt

Figur 7-4. Trend i andel af patienter i lav risiko, der starter kurativ behandling i perioden 2010 til 2018



Behandling ved lav risiko



Indikator 1: Indlæggeshyppighed efter
prostatabiopsi

Indikator 1s: Andelen af biopsier som er transperineale
biopsier

Indikator 2: Tumorpositive kirurgiske rande (pT2)

Indikator 3: Tumorpositive kirurgiske rande (pT3)

Indikator 4: Kirurgiske komplikationer

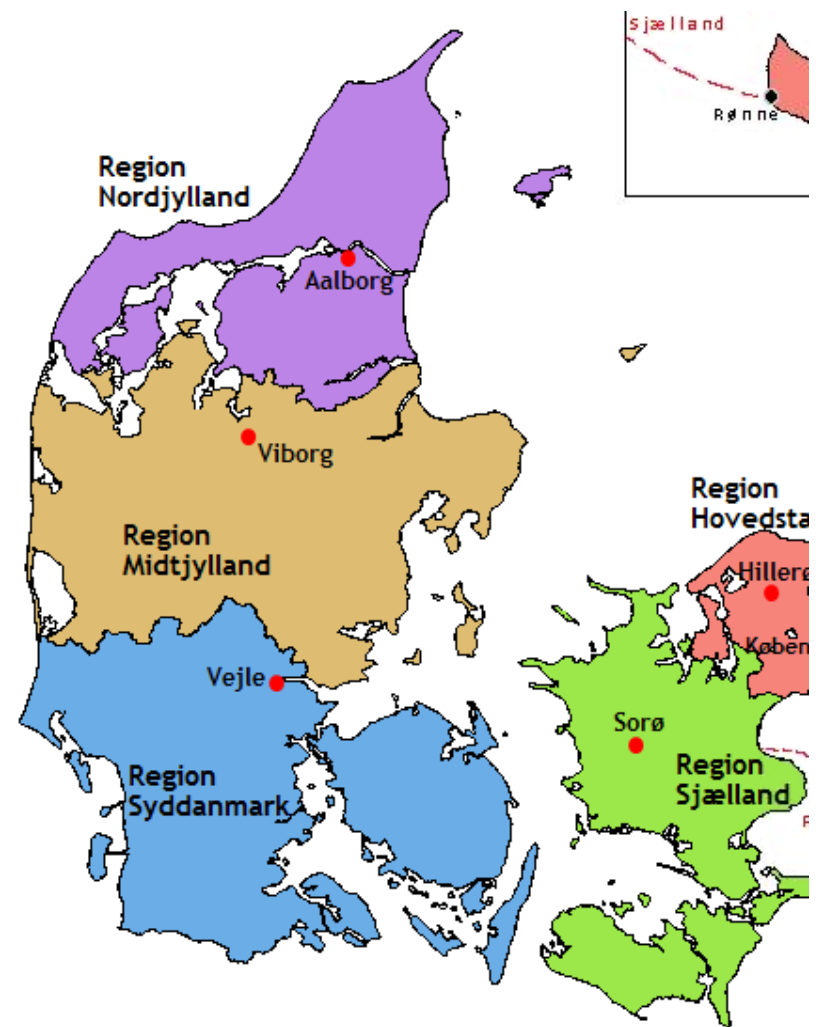
Indikator 5: Lav risiko: kurativ behandling

Indikator 6: Høj risiko: kurativ behandling

Indikator 7: MR-aktivitet

Indikator 8s: PI-RADS score ved MR

Indikator 9: MDT-aktivitet

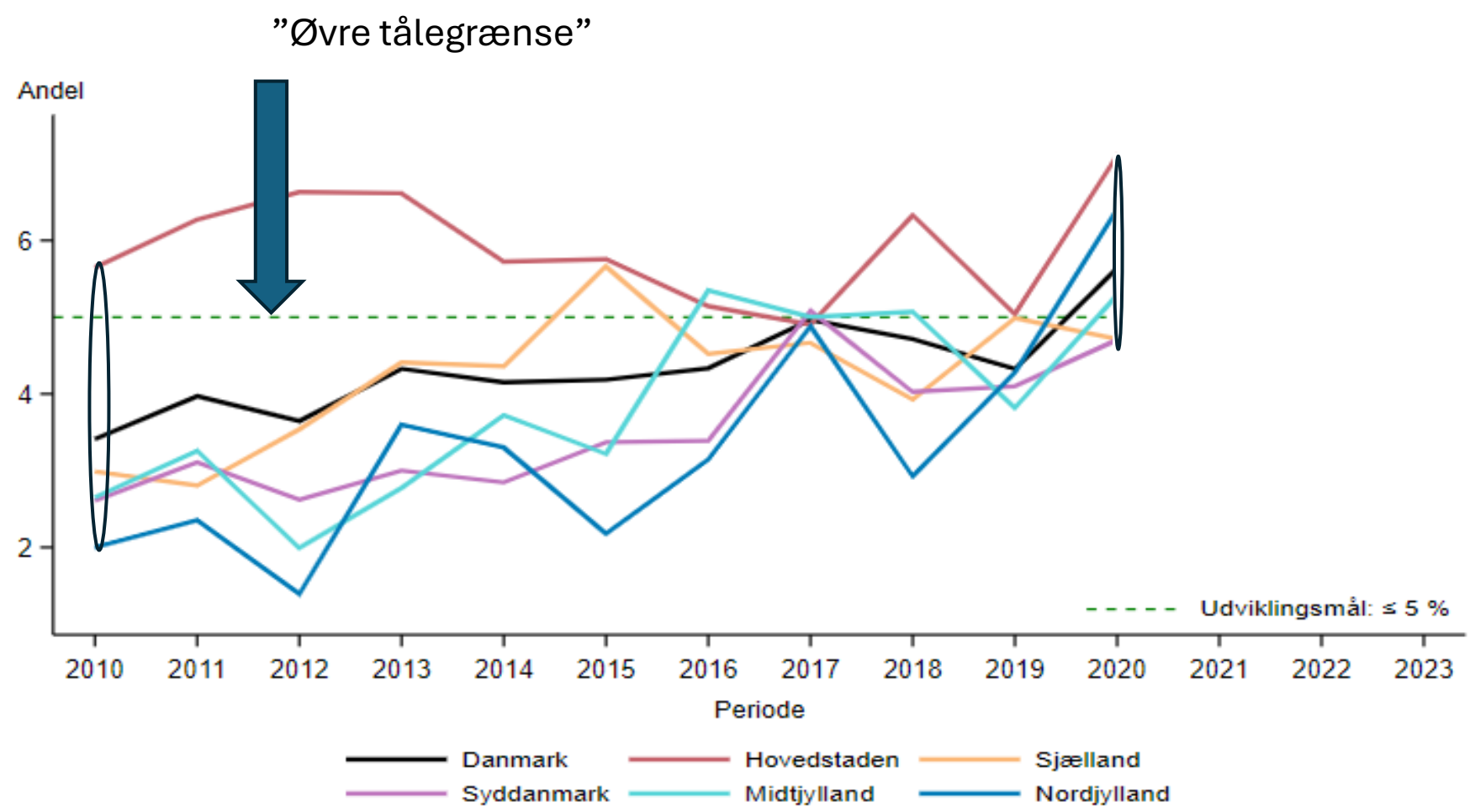


Supplerende indikatorer

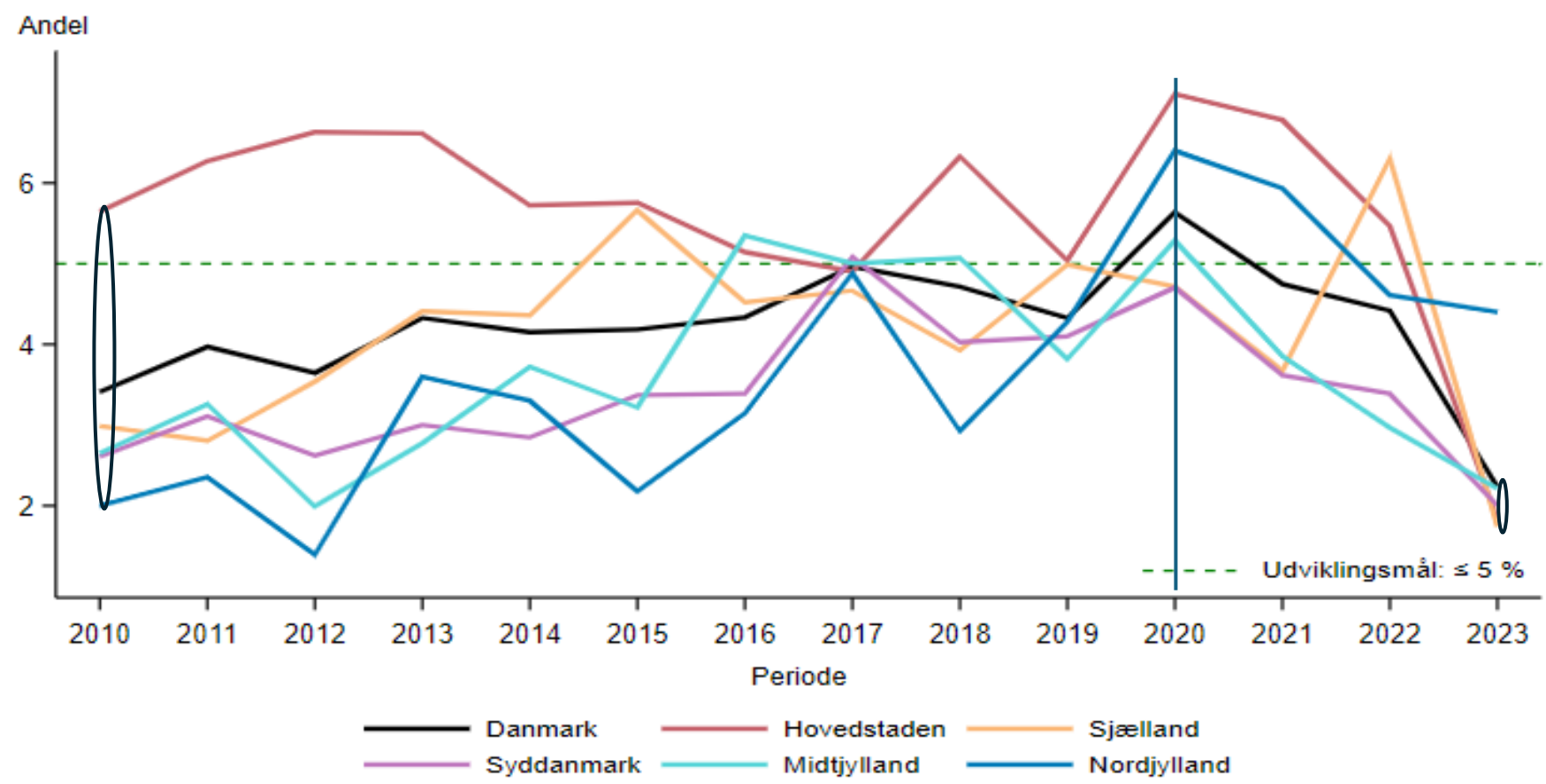
Indikator	Udviklingsmål	Uoplyst		Indikatoropfyldelse	
		%	Andel (95% CI)	Andel	Andel
			01.01.2023 - 31.12.2023	2022	2021
Indikator 1s: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der udføres <u>transperinealt</u> (patienter med efterfølgende prostatacancer)	(>90%)		59 (57-60)	13	0
Indikator 8s: Andel af prostatacancerpatienter med registreret MR-scanning af prostata (UXMD92) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået <u>registreret PI-RADS-score</u>	(>90%)		22 (20-24)	7	1



Indikator 1: Indlæggelseshyppighed efter prostatabiopsi



Indikator 1: Indlæggelseshyppighed efter prostatabiopsi





KLINISKE RETNINGSLINJER | KRÆFT

Opsporing og diagnostisk udredning af prostatacancer

Version 1.1

GODKENDT
Faglig godkendelse
29. september 2023 (DAPROCA)
Administrativ godkendelse
23. oktober 2023 (Sekretariatet for Kliniske
Retningslinjer på Kræftområdet)

REVISION
Planlagt: 12. december 2024

INDEKSERING
Prostatacancer, PSA, MR-skanning, biopsi

Klinisk Retningslinje | Kræft

DAPROCA

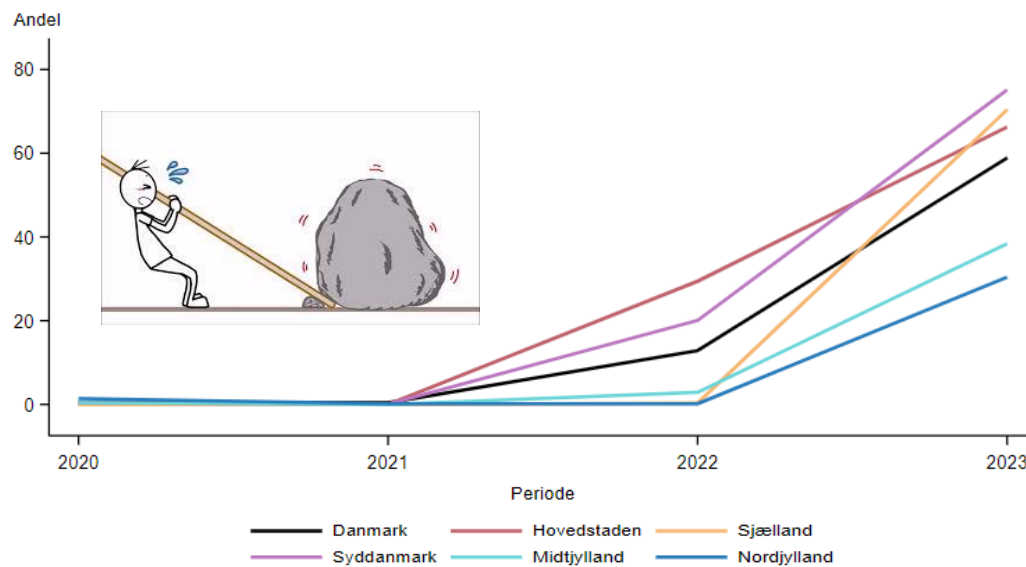
Biopsiadgang og infektionsprofylakse

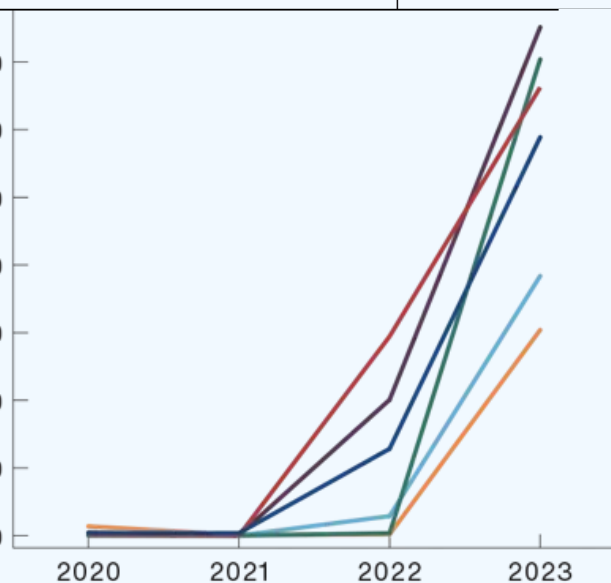
15. Udfør om muligt prostatabiopsi transperinealt på grund af den lavere risiko for infektøse komplikationer (A).

Indikator 1s: Andelen af biopsier som er transperineale biopsier [↗](#)

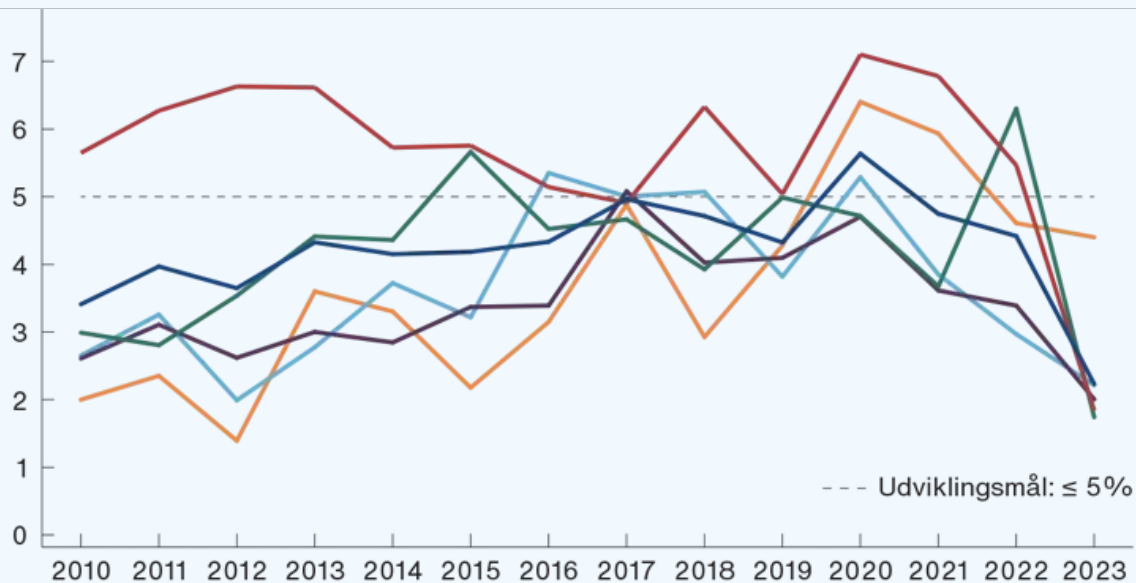


Trendgraf, region ▼





— Danmark — Region Hovedstaden — Region Sjælland
— Region Syddanmark — Region Midtjylland — Region Nordjylland



--- Udviklingsmål: $\leq 5\%$

Styregruppens medlemmer: Michael Borre, (formand); Johanna Elversang, Steinbjørn Hansen, Frederik Harving, Peter Busch Østergren, Vibeke Løgager, Lisa Lindeborg, Ole Jensen, Heidi Jeanet Larsson, Anne Kudsk Ragner, Henrik Møller. **Interessekonflikter ingen.**

16. sep. 2024

0

2 min.

SENESTE NYT
26. august 2024

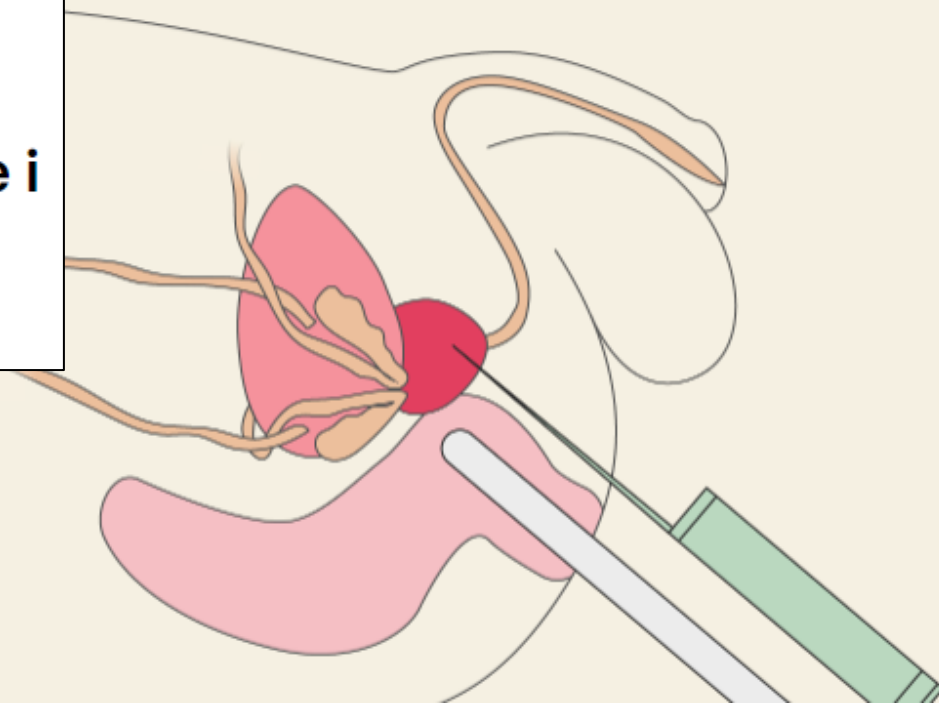
Ny metode har halveret indlæggelser efter biopsi for prostatakræft

Læger behøver ikke længere give forbyggende antibiotika eller 'stikke i blinde'.



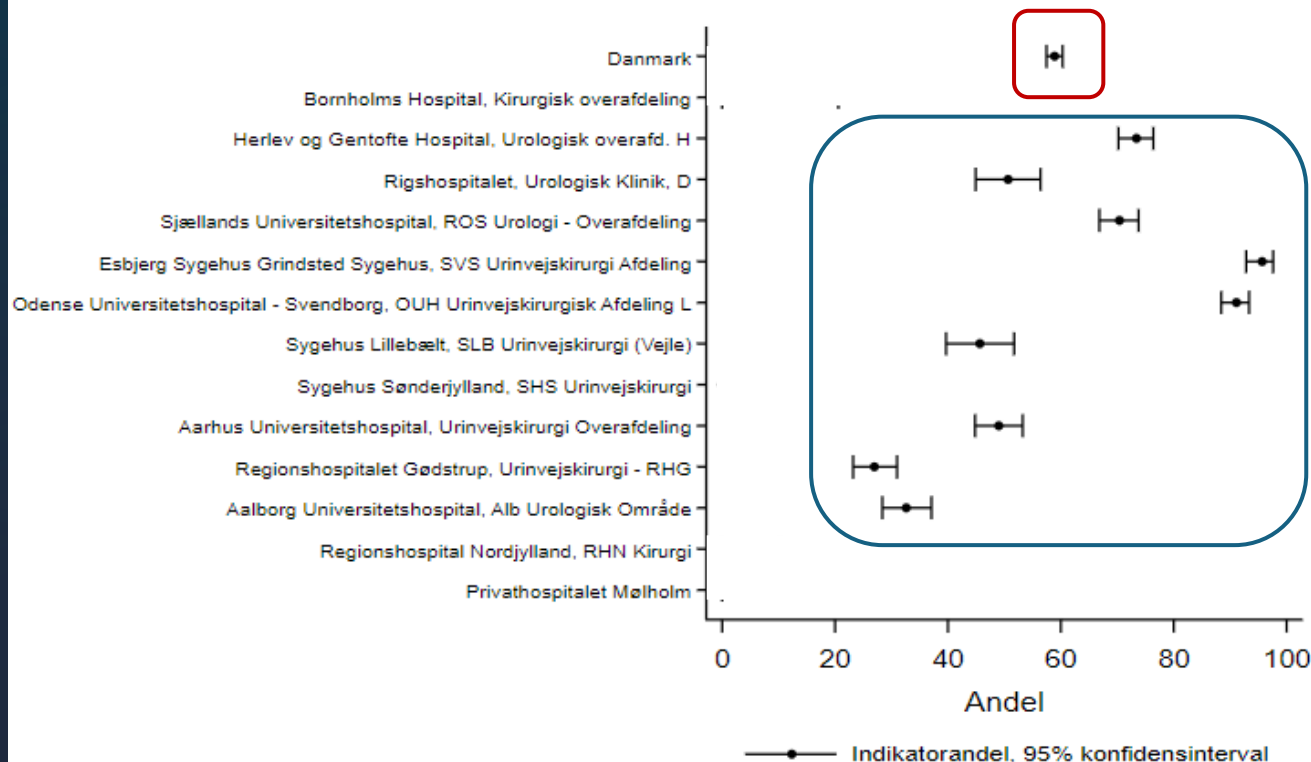
Vi har måttet stikke i blinde i prostata

MICHAEL BORRE, PROFESSOR OG OVERLÆGE VED AU



Indikator 1s: Andelen af biopsier som er transperineale biopsier [↗](#)

Forest plot, afdeling ▼

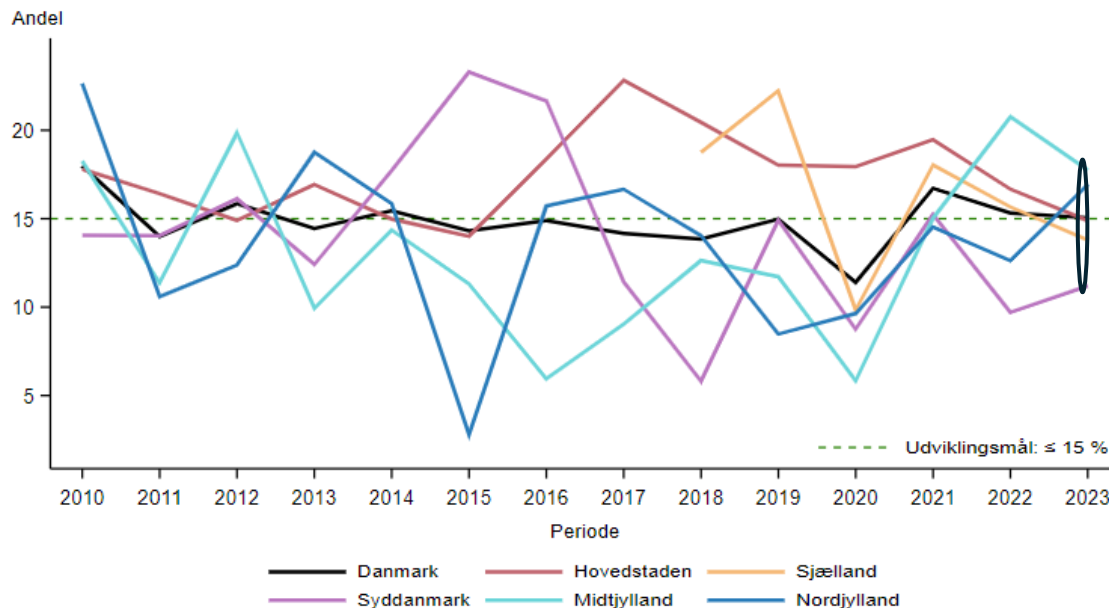


Indikator 2: Tumorpositive kirurgiske rande (pT2) [↗](#)



Udviklingsmål: 15 %

Trendgraf, region ▼

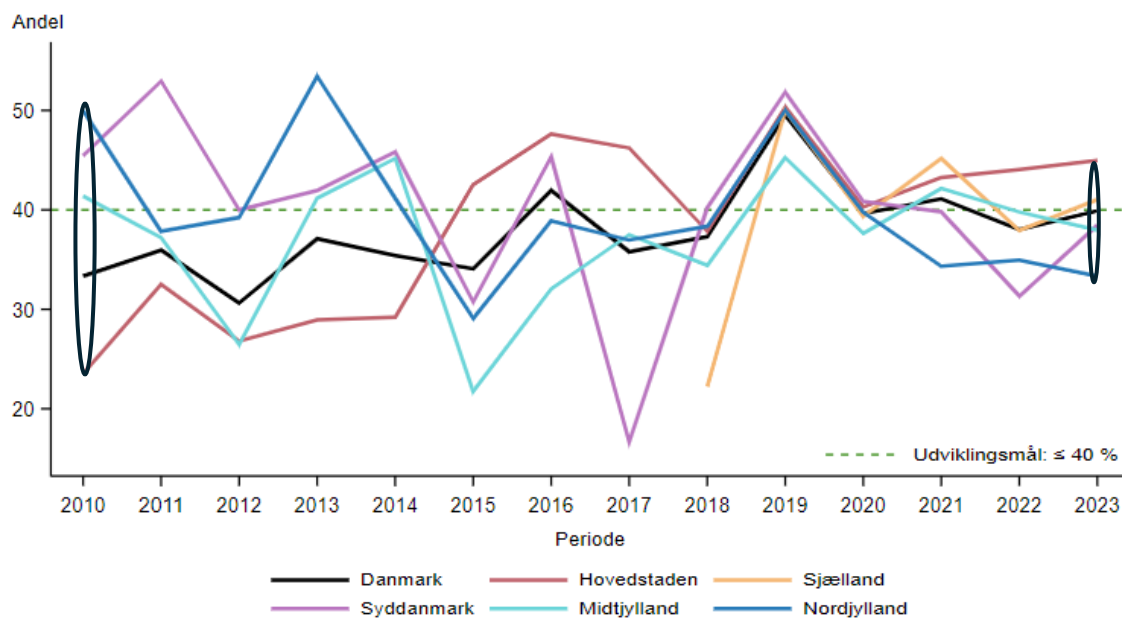


Indikator 3: Tumorpositive kirurgiske rande (pT3) [🔗](#)



Udviklingsmål: 40 %

Trendgraf, region ▼



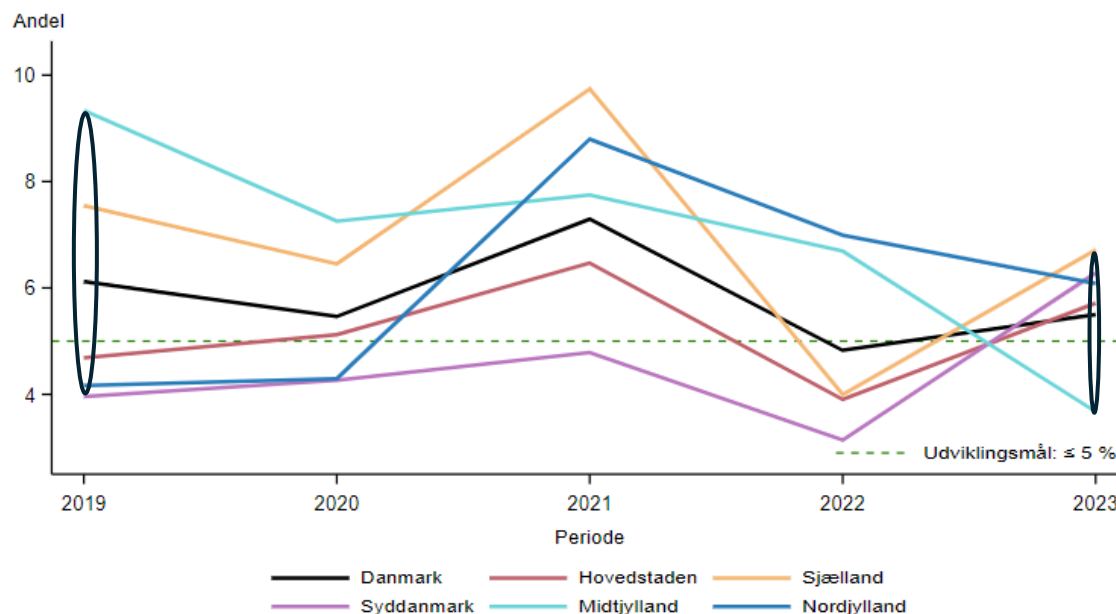
Programmeret Clavien-Dindo score ≥ 3

Indikator 4: Kirurgiske komplikationer [↗](#)



Udviklingsmål: 5 %

Trendgraf, region ▼

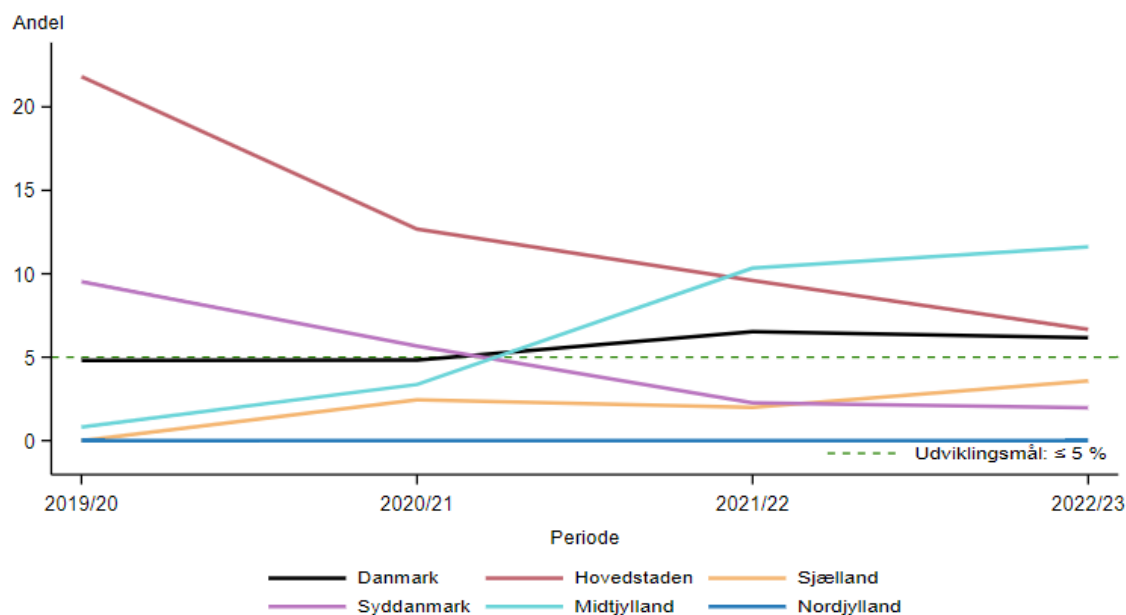


Indikator 5: Lav risiko: kurativ behandling [↗](#)



Udviklingsmål: 5 %

Trendgraf, region ▼



Indikator 5: Lav risiko: kurativ behandling [↗](#)



Indikatortabel ▼

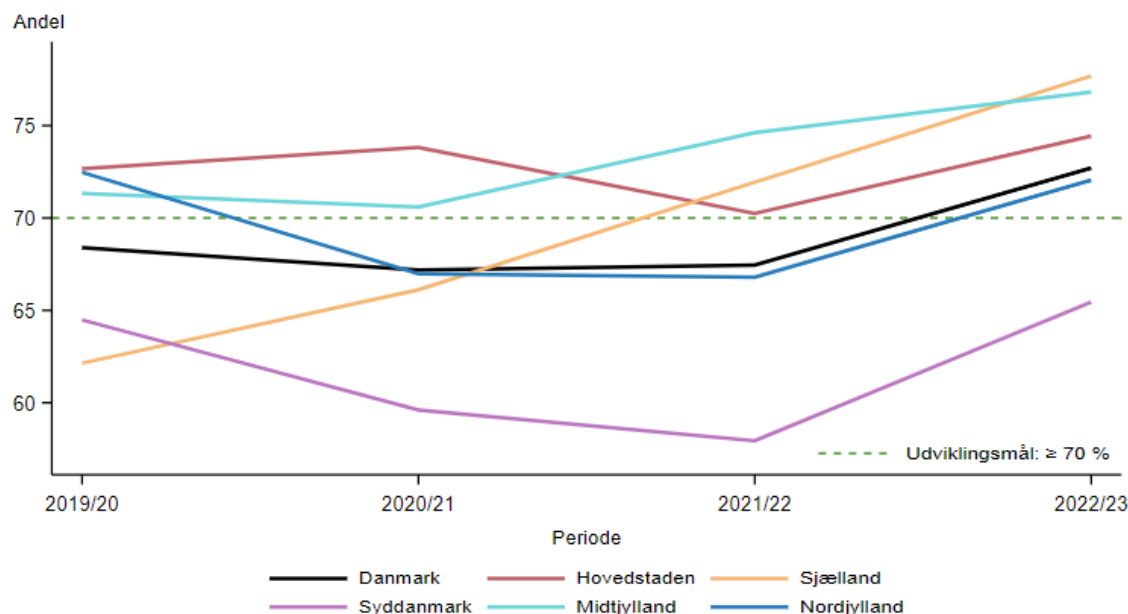
Hovedstaden	Nej	5 / 75	0 (0)	7 (2-15)	10	13
Sjælland	Ja	#/#	0 (0)	4 (0-18)	2	2
Syddanmark	Ja	#/#	0 (0)	2 (0-7)	2	6
Midtjylland	Nej	13 / 112	0 (0)	12 (6-19)	10	3
Nordjylland	Ja	0 / 24	0 (0)	0 (0-14)	0	0
Hovedstaden	Nej	5 / 75	0 (0)	7 (2-15)	10	13
Bornholms Hospital, Kirurgisk overafdeling	Ja	#/#	0 (0)	0 (0-84)		

Indikator 6: Høj risiko: kurativ behandling [↗](#)



Udviklingsmål: 70 %

Trendgraf, region ▼





KLINISKE RETNINGSLINJER | KRAEFT

Opsporing og diagnostisk udredning af prostatacancer

Version 1.1

GODKENDT
Faglig godkendelse
29. september 2023 (DAPROCA)
Administrativ godkendelse
23. oktober 2023 (Sekretariatet for Kliniske
Retningslinjer på Kræftområdet)

REVISION
Planlagt: 12. december 2024

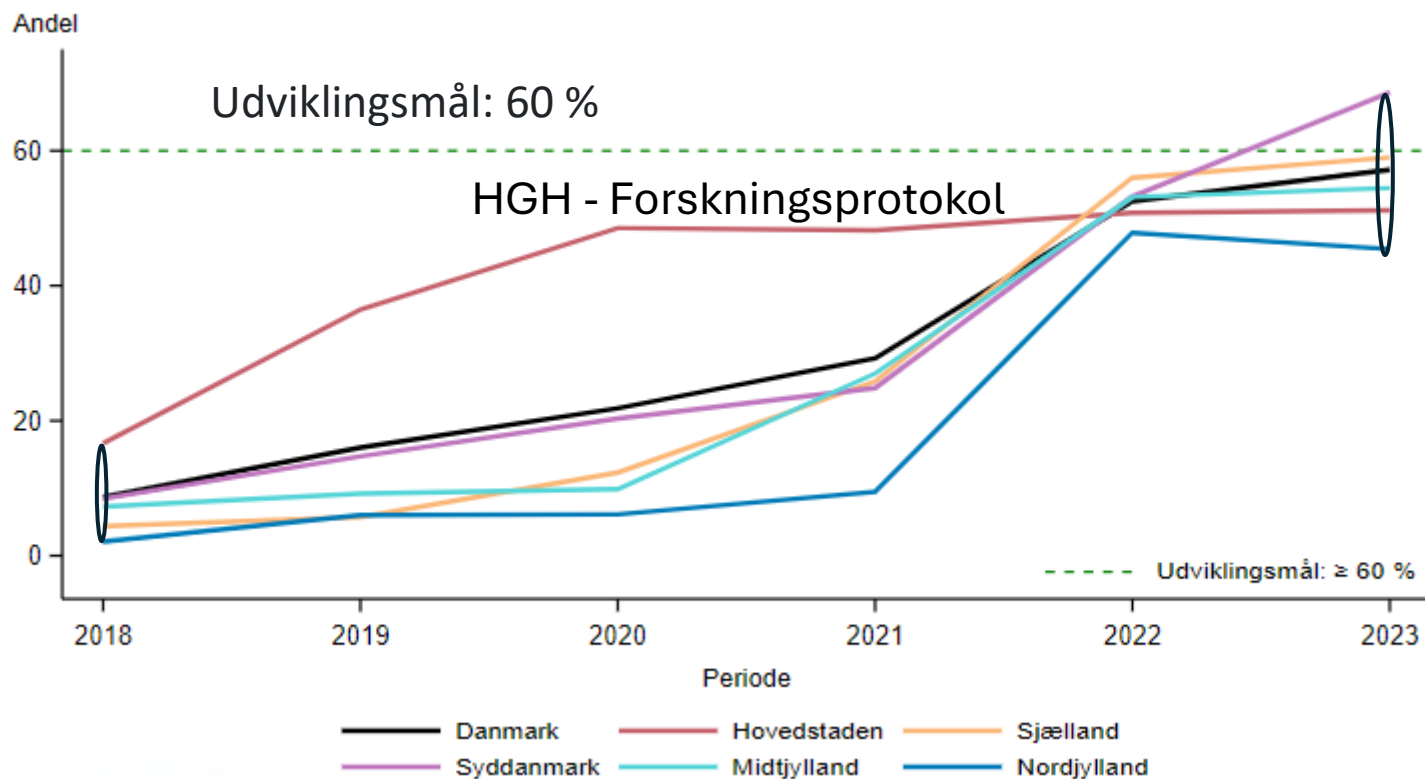
INDEKSERING
Prostatacancer, PSA, MR-skanning, biopsi

Patienter, der kan være kandidater til helbredende behandling

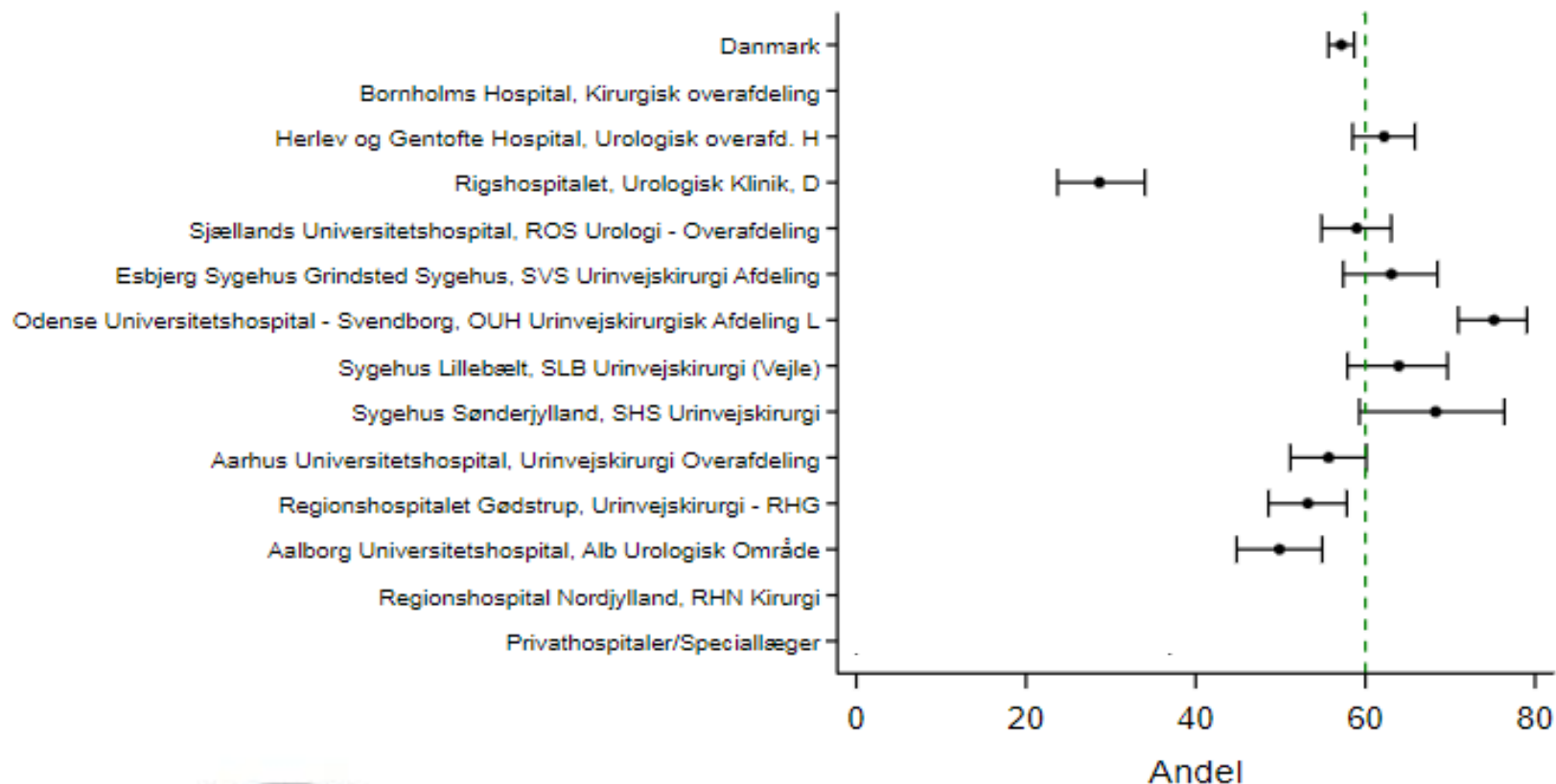
5. Biopsi af prostata bør afhængigt af patienten* baseres på en bi- eller multi-parametrisk magnet resonans skanning (MR) forudgået af to forhøjede prostata-specifik antigen (PSA) værdier samt rektaleksploration med palpation af prostata (B)



Indikator 7: MR-aktivitet

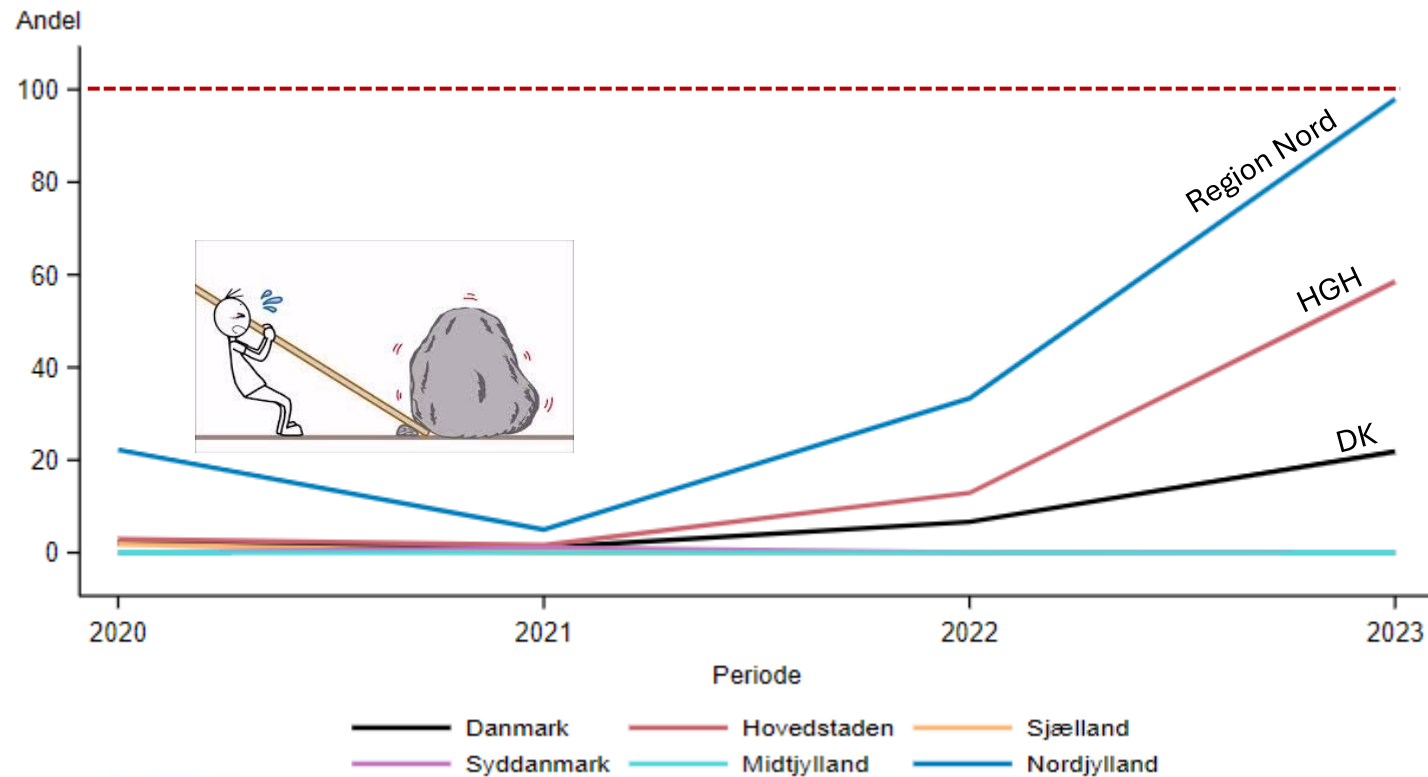


Indikator 7: MR-aktivitet



—●— Indikatorandel, 95% konfidensinterval
- - - Udviklingsmål: $\geq 60\%$

Indikator 8s: PI-RADS score 1-5 ved MR



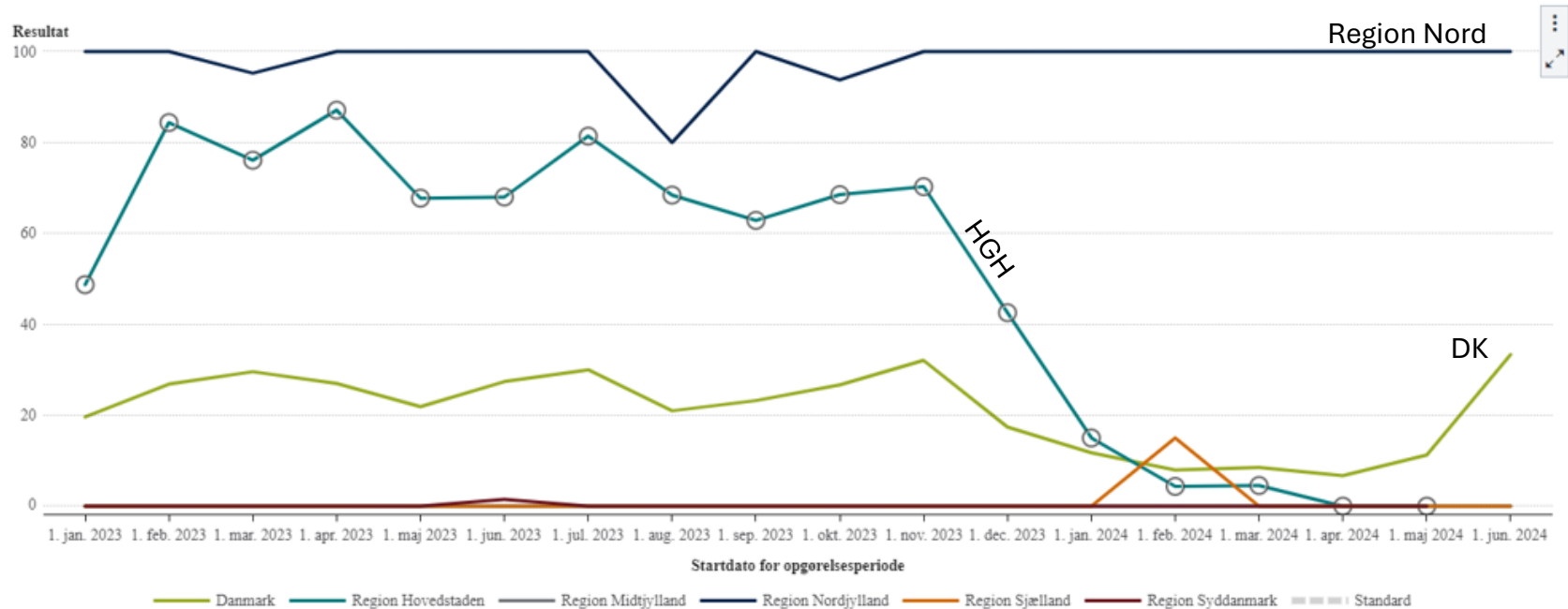
Indikator 8s: PI-RADS score 1-5 ved MR

Udvikling over tid for indikator (vælg):

8s. PI-RADS ved MR-aktivitet

Indikatorbeskrivelse

Andel af prostatacancerpatienter med registreret MR-scanning af prostata (UXMD92) v...



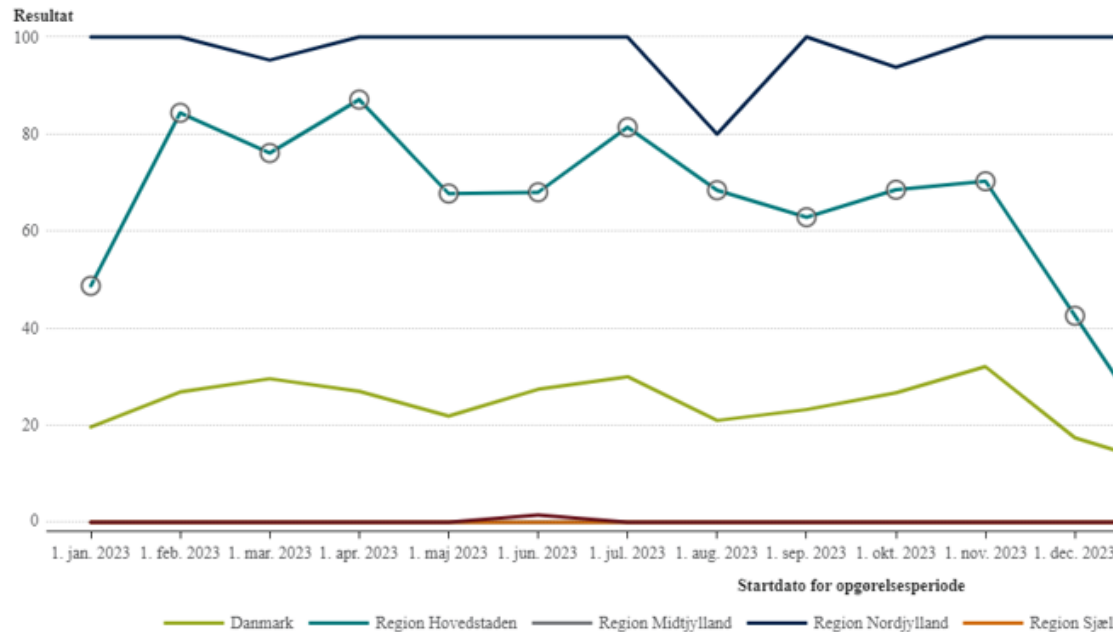
Indikator 8s: PI-RADS score 1-5 ved MR

Udvikling over tid for indikator (vælg):

8s. PI-RADS ved MR-aktivitet

Indikatorbeskrivelse

Andel af prostatacancerpatienter med registreret MR-scanning af prostata (UXMD92) v...



Prostatacancerdatabasen

Registreringsskema - foreløbig registrering
Den Uroonkologiske Fællesdatabase

Patientoverblik

CPR-nr. _____

Navn: _____

Diagnose

Dato for biopsitagning: _____ dd-mm-yyyy

Kardinalsymptomer (1 kryds)

1. Ingen (systematisk screening)
2. LUTS
3. Hæmaturi
4. Hæmospermi
5. Metastasesymptomer
6. Andet
7. Ukendt

PSA (sidste prædiagnostiske værdi):

_____ Total µg/l

Prostatavolumen:

_____ ml

cTNM: (sæt ring om de aktuelle værdier)

T: T0, Tx, T1a, T1b, T1c, T2a, T2b, T2c, 3a, 3b, T4

N: Nx, N0, N1

M: Mx, M0, M1

Behandling

Dato for beslutning om behandling: _____ dd-mm-yyyy

PSA: _____ Total µg/l

Behandling (1 kryds):

1. Ingen
2. Aktiv overvågning
3. Intermitteret helbredelse
4. Medicinsk behandling/palliation

Progression/recidiv

Dato: _____ dd-mm-yyyy

- type: Biokemisk ☐

Klinisk ☐

PSA (sidste prædiagnostiske værdi):

_____ Total µg/l

cTNM: (sæt ring om de aktuelle værdier)

T: T0, Tx, T1a, T1b, T1c, T2a, T2b, T2c, 3a, 3b, T4

N: Nx, N0, N1

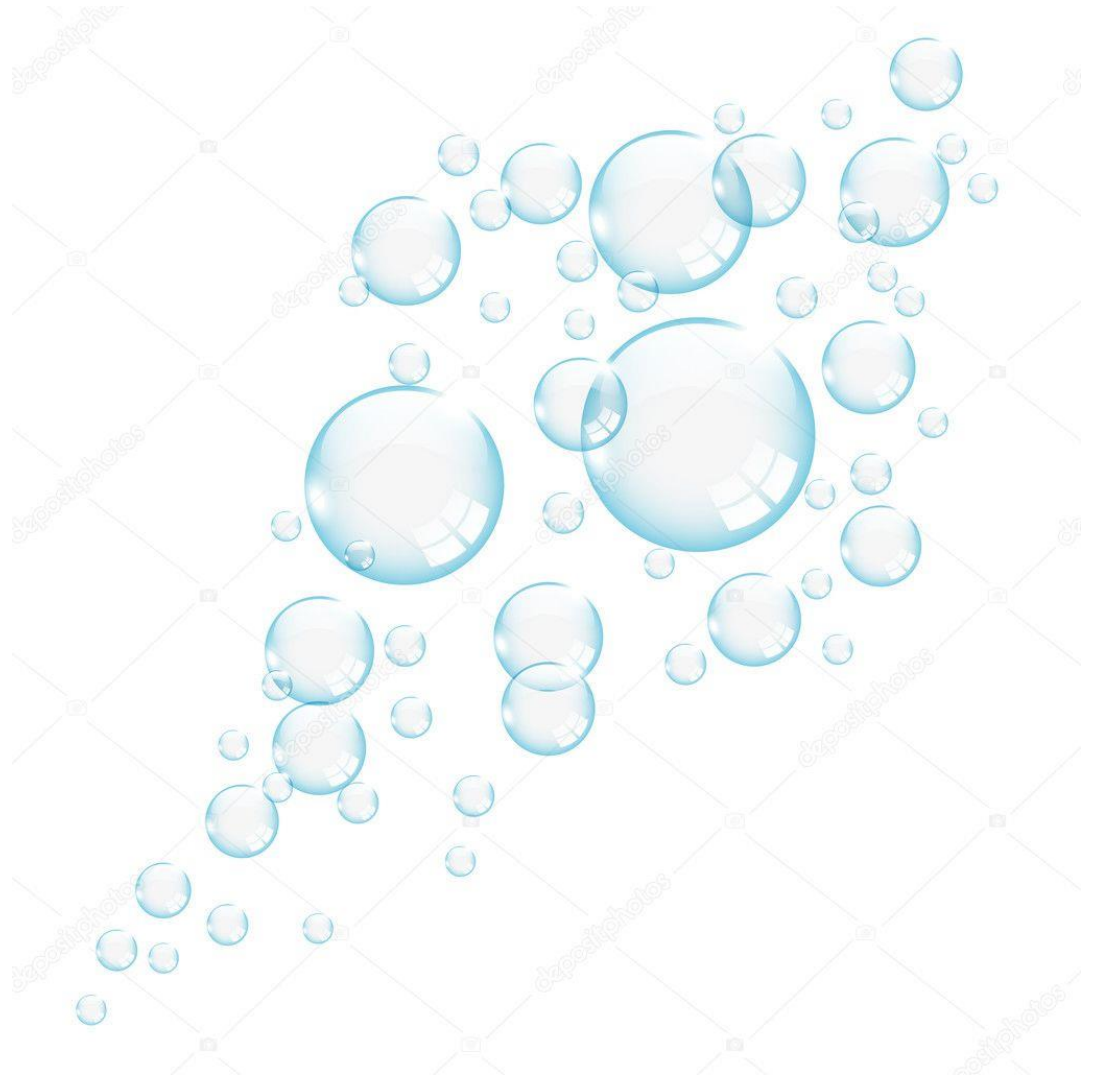
M: Mx, M0, M1

Oplysningerne indtastes efterfølgende under "www.uofdatabase.dk".

Rekvirering af passwords, spørgsmål eller kommentarer, kontakt databasekoordinator Pia T. Rind på tlf. 8042 4807, eller på pt@dice.au.dk.

Fremtidige indikatorer

**Metastase
udredning**



Den medicinske /onkologiske behandling

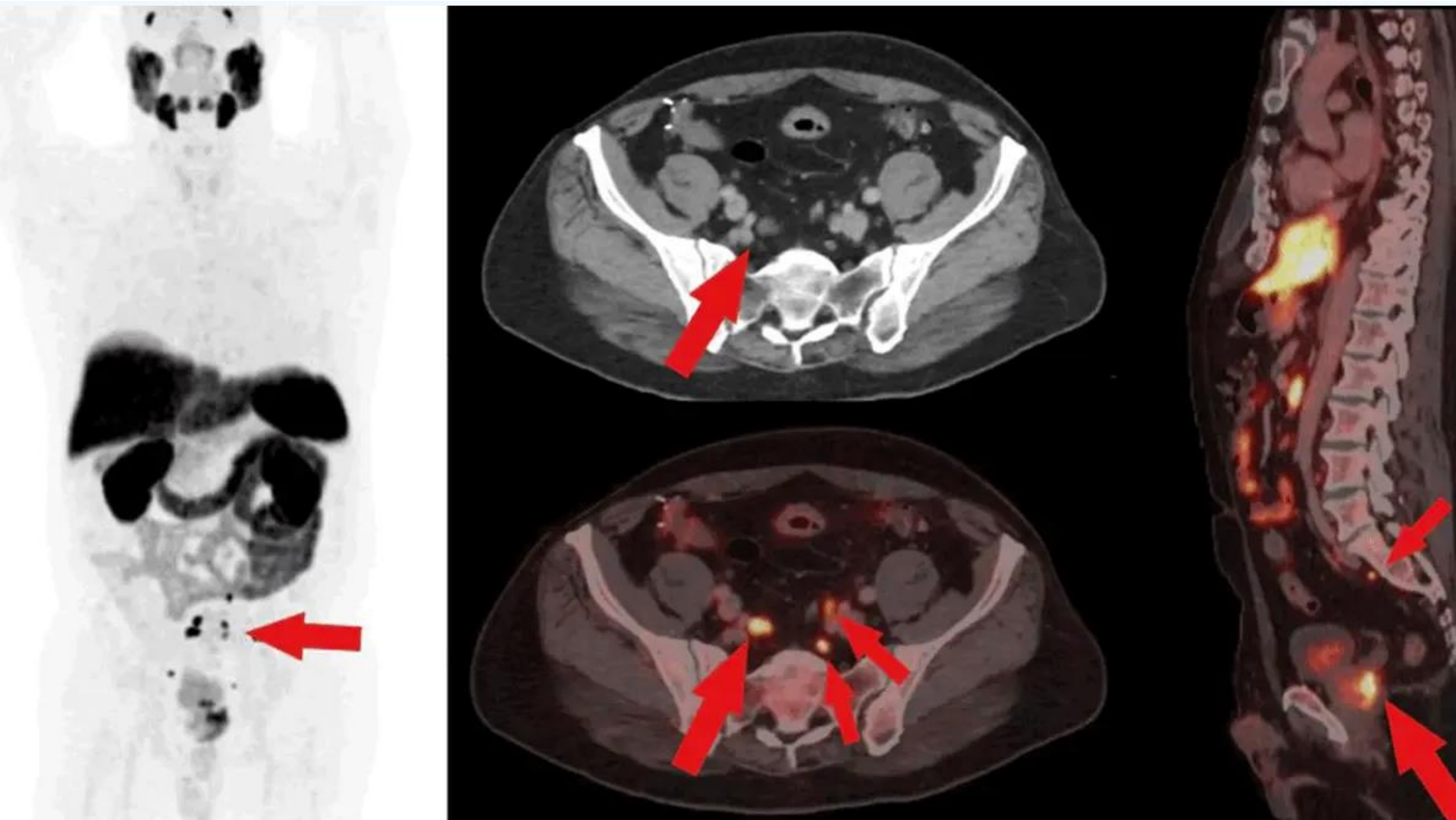
?

Behandling startet 2023	I alt	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Antiandrogen	1.059	259	40	235	383	140
GNRH analog	2.197	539	327	657	392	281
GNRH antagonist	110	54	0	55	0	0
Orchiectomi	44	18	5	6	9	6
Abirateron	1.372	411	220	348	291	102
Enzalutamid	329	74	88	78	59	30
Apalutamid	51	19	12	9	6	5
Darolutamid	83	11	29	15	7	20



Fortsat ingen adgang

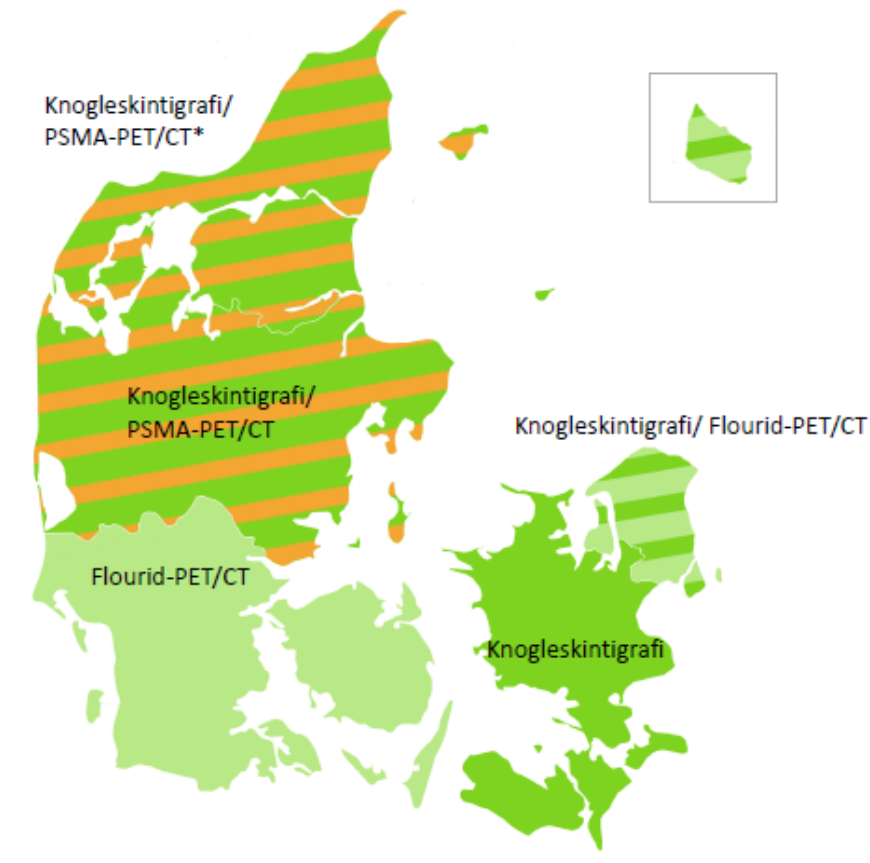
Billediagnostisk metastaseudredning



PSMS-PET-CT skanning

Billeddiagnostisk metastaseudredning

Stadieinddeling



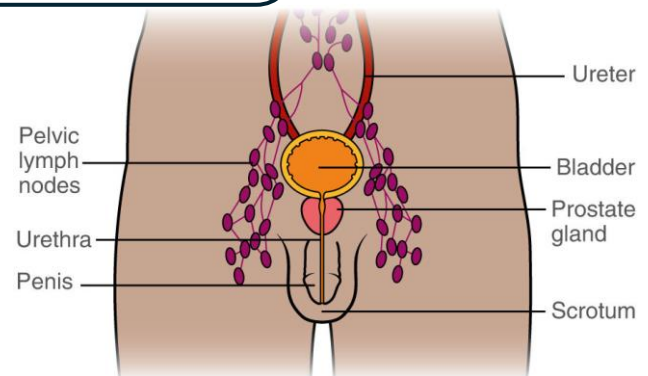
Brugen af relevante nuklearmedicinske undersøgelser til stadietinddeling af højrisikoprostatakræftpatienter i de fem regioner i Danmark

Operation / bestråling af lymfeknuder

Lymfeknude-exerece

Radikal prostatektomi

1. Radikal prostatektomi (RP) kan tilbydes mænd med lokaliseret prostatacancer, som har en betydelig prostatacancerspecifik mortalitetsrisiko og en forventet restlevetid på mindst 10 år (A). Patienter med høj-risiko cancer bør informeres om, at RP tilbydes som led i en sandsynlig multimodal behandlingsstrategi (A)
2. Patienterne skal inden operation klassificeres i henhold til EAU risiko-stratificering (A)
3. Hos alle patienter i EAU høj-risikogruppen og hos alle i ~~intermediær~~ risikogruppen, som har en statistisk risiko for lymfeknudespredning på $\geq 7\%$, bør der peroperativ udføres udvidet lymfeknudeexairese (ePLND) i iht standard template (B)



Faglig ressourcemæssig ansvarlighed

Behandling af hormonsensitiv prostatacancer

Anbefalinger

– Anbefalinger (Quick guide)

- 1. Undlad endokrin behandling til patienter med lokaliseret ikke metastatisk prostatacancer (A)**
- 2. Endokrin behandling anbefales til patienter med lokalavanceret ikke metastatisk prostatacancer (A)**
- 3. Endokrin behandling kan anbefales til patienter med lymfeknude positiv ikke metastatisk prostatacancer (B)**
- 4. Endokrin behandling som monoterapi anbefales kun til patienter med metastatisk prostatacancer, når der findes kontraindikation mod mere intensiv behandling, eller hvis patienten har kort forventet restlevetid (A)**
- 5. Tidlig triplebehandling med LHRH-agonist og docetaxel, i kombination med abirateron, anbefales til patienter med nydiagnosticeret "high volume" hormon sensitiv prostatacancer (A). Anbefalingen er baseret på foreliggende evidens for effekt, bivirkninger og livskvalitet. Medicinrådets rekommandation vedrørende triple-behandling, hvori også indgår økonomiske overvejelser, foreligger endnu ikke.**

Faglig ressourcemæssig ansvarlighed

Behandling af hormonsensitiv prostatacancer

Anbefalinger

10. Patienter som har BRCA1/2 mutationer, kan tilbydes behandling med olaparib efter mindst en linje behandling for mCRPC med androgen-receptor-pathway-inhibitors (ARPI) eller i kombination med abirateron i 1.linje, såfremt der ikke er indikation for kemoterapi (A)*

***Medicinråd har ikke godkendt behandling i 1.linje ved mCRPC'**

11. Patienter med symptomatiske knoglemetastaser uden viscerale eller lymfeknude (>3 cm) metastaser, kan tilbydes behandling med radium-223 efter mindst to linjer systemisk behandling for mCRPC eller hvis de ikke er egnet til anden mCRPC behandling (A)

12. Patienter med metastaser med høj PSMA aktivitet kan tilbydes Lutetium-177-PSMA efter behandling med ARPI og kemoterapi (A)**

****Ikke godkendt af Medicinrådet**

13. Undgå behandling med sekvensering af ARPI (D)