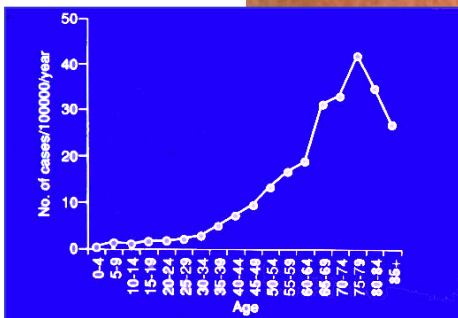


Dansk LymfomGruppe



Maligne Lymfomer i Danmark

Årsrapport 2004

Dansk LymfomGruppe Årsrapport 2004 Malignt lymfom i Danmark

Udarbejdet af Dansk LymfomGruppens Bestyrelse:

*Francesco d'Amore
Peter deNully Brown
Bjarne Egelund Christensen
Bjarne Anker Jensen
Bjarne Bach Pedersen
Niels Tinggaard Pedersen*

Statistisk konsulens:

*Afdelingsleder, civiling. Leif Spange Mortensen, Afd. for Medicinsk Statistik, UNI-C, Århus
Seniorkonsulent Claus Jensen, Afd. for Medicinsk Statistik, UNI-C, Århus*

Redaktion og layout:

Francesco d'Amore

Tryk:

.....

© Dansk LymfomGruppe (DLG)
Eftertryk tilladt med angivelse af kilde

Publikationen kan rekvireres hos:

*DLGs formand,
Ovl.dr.med. Francesco d'Amore
Hæmatologisk Afdeling
Århus Universitetshospital
Århus Sygehus
Tage Hansens Gade 2
8000 Århus C
tlf: 8949 7558; Fax: 8949 7599; e-mail: francesco.damore@aas.auh.dk*

Publikationen findes ligeledes på DLGs hjemmeside:

www.dalg.dk

Forord

I den vestlige verden er malignt lymfom (lymfekræft) den cancersygdom, som har den hurtigst voksende forekomst i befolkningen, kun overgået af modermærkekræft og lungekræft hos kvinder. I Danmark er det årlige antal af nydiagnosticerede tilfælde ca. fordoblet (fra 400 til ca. 800) over de seneste to-tre årtier. Hvis de 200 tilfælde af kronisk lymfatisk leukæmi medregnes, tangerer det samlede antal nydiagnosticerede tilfælde 1000 om året, og sygdomsgruppen er dermed den 5. eller 6. hyppigste kræftform i Danmark. Undersøgelser foretaget både i Danmark og i udlandet har vist, at incidensstigningen kun i beskedent omfang kan tilskrives artefakter, som f.eks. ændrede diagnostiske kriterier. Den synes derfor at være reel, men dens årsag(er) er stadig ukendt(e). Ca. halvdelen af alle nye lymfomtilfælde diagnosticeres hos patienter i aldersgruppen 65 år eller derover. Under forudsætning af, at risikofaktorerne forbliver uændrede, er det derfor sandsynligt, at incidensvæksten vil blive endnu mere tydelig i fremtiden i takt med den forventede fortsatte stigning i befolkningens gennemsnitslevealder.

Indførelsen af mere effektiv kemoterapi og strålebehandling har igennem de seneste 20-30 år ændret malignt lymfom fra at være en uhelbredelig og dødeligt forløbende sygdom, til en sygdom, hvor helbredelse kan opnås i en del tilfælde. Ved Hodgkin lymfom, for eksempel, er helbredelse i dag et realistisk mål hos over 90% af patienter med lokaliseret sygdom (stadium I eller II) og hos næsten to tredjedele af dem med udbredt sygdom ved diagnose (stadium III eller IV). Imidlertid, ligger langtidsoverlevelsen for den største gruppe blandt lymfomer af non-Hodgkin type, det såkaldte diffuse storcellede B-lymfom, stadig kun på skuffende 40%. Nye behandlingsstrategier er derfor nødvendige for at forbedre disse patienters prognose. I denne sammenhæng har det stor betydning at kunne identificere 'høj-' og 'standardrisiko'-tilfælde med henblik på optimalt valg af det for den individuelle patient mindst bivirkningstunge og mest effektive behandlingsforløb.

I de seneste år har nogle markante landvindinger præget udviklingen indenfor feltet 'maligne lymfomer': (i) indførelse af en ny lymfom-klassifikation med bred faglig opbakning verden over (Verdens Sundhedsorganisation, WHO, juli 2001), baseret på lymfomundertypernes specifikke biologiske egenskaber, der går hen og supplerer de hidtil anvendte subjektive vurderinger af vævs- og celleudseende, og (ii) udvikling af immunterapi (antistofbehandling) rettet mod cellespecifikke målstrukturer. En ny behandlingsform, der kan opnå betydelig klinisk effekt oveni effekten fra kemo- og/eller radioterapi, og som ydermere er kendetegnet ved en beskeden bivirkningsprofil. På diagnostikfronten, er en ny type scanning, positron-emission tomografi (PET), i gang med at vise sig som et værdifuldt supplement til klassiske scanningsmetoder som CT- og MR-scanning.

Disse landvindinger har skabt et nyt scenarium for diagnostik og behandling af maligne lymfomer efter nogle år (90'erne) præget af stagnation på behandlingsfronten. Det er således i en brydningstid med nye muligheder og nye krav til både faglig udvikling og samspil mellem forskellige fagområder, at Dansk Lymfom Gruppe (DLG) er opstået. DLG er startet som en national sygdomsspecifik gruppe, men er også en naturlig landsdækkende fortsættelse af et 20-årigt vest-dansk (Jylland og Fyn) samarbejde, der har ført til den unikke samling af populationsbaserede lymfomdata, kendt som 'LYFO databasen'.

Denne DLGs første årsrapport kombinerer således en beskrivelse af DLGs struktur, målsætninger og aktiviteter med en præsentation af udvalgte data fra LYFO databasen, dækkende over to årtier (1983-2002). Formålet med dette udpluk af LYFO data er at give læseren et opdateret overblik over, hvordan håndteringen af maligne lymfomer har udviklet sig over de seneste 20 år.

Som led i implementeringen af Den Nationale Kræftplan og på opfordring fra Sundhedsstyrelsen nedsatte Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd et Udvalg vedrørende Kræftplan og Forskning - KOF udvalget - med det formål at formulere satsningsområder, egnet til at styrke kvaliteten af den kliniske kræftforskning i Danmark, i tråd med anbefalingerne i Den Nationale Kræftplan. Et af KOF udvalgets anbefalinger har været etablering af Danske Multidisciplinære Cancer Grupper. Som en af de i forvejen etablerede sygdomsspecifikke grupper med en veletableret database, synes DLG at have de nødvendige kvalifikationer for at blive godkendt som multidisciplinær cancergruppe. Et af nøgleordene i denne sammenhæng er multidisciplinaritet. DLG har sit udgangspunkt i Dansk Hæmatologisk Selskab, men allerede på nuværende tidspunkt er der repræsentation af patologer i form af et permanent patologiudvalg. Et billediagnostikudvalg (radiologi og nuklearmedicin) er under etablering. Andre specialer, for eks. onkologi, epidemiologi og pædiatri, vil blive indbudt til det fremtidige DLG arbejde.

April 2004

På vegne af DLGs bestyrelse

Francesco d'Amore
Formand for DLG

Indholdsfortegnelse

Historisk baggrund	6
DLGs målsætninger	6
Bestyrelse og arbejdsgrupper	7
Afdelinger og kontaktpersoner	8
Hjemmeside	9
Aktiviteter 2003-2004	9
DLG som Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe	10
DLG og LYFO databasen	12
Figurer og tabeller	14
A) Registrering	14
B) Incidens	22
C) Follow-up	26
D) Kvalitetsindikatorer	28
E) Klinisk-patologiske egenskaber	34
F) Prognostiske faktorer	44
G) Overlevelse	48
- Ikke center-specifikke overlevelsesanalyser	49
- Center-specifikke overlevelsesanalyser	56
Konklusive bemærkninger	75

Historisk baggrund

DLG er ikke det første eksempel af bredt multicenter-samarbejde om maligne lymfomer i Danmark. Som det fremgår af Tabel 1, eksisterede der allerede i 70'erne et landsdækkende samarbejde om registrering og behandling af Hodgkin lymfom (HL) efterfulgt i 80'erne og 90'erne af et tilsvarende, dog semi-nationalt (Jylland+Fyn) samarbejde om sygdomsgruppen non-Hodgkin lymfomer (NHL). Sidstnævnte samarbejde førte til etablering af den populations-baserede lymfomdatabase LYFO (se 'DLG og LYFO database', side 11), der er fortsat aktiv og som nu udgør en integreret del af DLG. I 1999 etablerede man et 'kontaktudvalg' med repræsentanter fra øst- og vest-danske centre, der førte til udarbejdelse af konceptet om en national lymfomgruppe samt udkast til vedtægter. Dette udkast blev godkendt ved Dansk Hæmatologisk Selskabs generalforsamling i marts 2003, således at denne dato bør anses som den officielle grundlæggelsesdato for DLG.

TABEL 1. Lymfom-samarbejde i Danmark i historisk perspektiv

LYGRA HL	1971-1983	hele landet
LYFO NHL	1983-2000	Jylland+Fyn
Kontaktudvalg Øst + Vest	1999-2002	hele landet
DLG NHL+HL	2003	hele landet

DLGs målsætninger

I henhold til DLGs vedtægter har gruppen følgende målsætninger:

- at fremme forskning indenfor epidemiologi, biologi, diagnostik, og behandling af malignt lymfom i Danmark
- at danne basis for klinisk kontrollerede undersøgelser – nationalt og internationalt
- at få overblik over epidemiologiske og demografiske forhold vedrørende malignt lymfom i den danske befolkning på basis af populationsbaseret registrering af alle nydiagnosticerede patienter
- at fremme løbende kvalitetssikring af diagnostik og behandling af malignt lymfom i Danmark
- at sikre oprettelse og løbende revision af 'standard-of-care' guidelines, således at de til hver en tid lever op til de gældende internationale standarder

Disse mål kan DLG kun opfylde ved at udvikle sig til et multidisciplinært forum, hvor flere specialer mødes og samarbejder med sigte på at optimere den diagnostiske og terapeutiske håndtering af maligne lymfomer i Danmark.

Bestyrelse og arbejdsgrupper

Samtidig med oprettelsen af DLG i marts 2003 blev der, i henhold til vedtægterne, udpeget en bestyrelse bestående af 6 medlemmer, to fra amts-hæmatologiske afdelinger, to fra hæmatologiske afdelinger med centerfunktion, en patolog og den daglige lægelige leder af LYFO-databasen. I forbindelse med det første bestyrelsesmøde afholdt den 19.5.2003 konstituerede bestyrelsen sig med en formand og en sekretær.

DLGs bestyrelse:

Bjarne Anker Jensen, Medicinsk Afdeling, Hillerød Sygehus

Bjarne Bach Pedersen, Medicinsk Afdeling, Viborg Sygehus

Niels Tinggaard Pedersen, Patologisk Institut, Odense Universitetshospital

Bjarne Egelund Christensen, Hæmatologisk Afdeling, Odense Universitetshospital (LYFO)

Peter de Nully Brown, Hæmatologisk Afdeling, Rigshospitalet (sekretær)

Francesco d'Amore, Hæmatologisk Afdeling, Århus Universitetshospital (formand)

Siden er 3 udvalg blevet nedsat, 2 permanente og et 'ad hoc':

A) Permanente udvalg

Registrering:

Peter Brown

Bjarne Egelund Christensen

Francesco d'Amore

Leif Spange Mortensen, UNI-C, Aarhus

Patologi:

Birthe Østergaard

Anne Falensteen

Elisabeth Ralfkiær

Niels Tinggaard

Knud Bendix

Stephen Hamilton-Dutoit

Nina Hastrup

B) 'ad hoc' udvalg

Diffust storcellet B-lymfom (DLBCL):

Anne Marie Boesen,

Peter Brown

Anne Bukh

Ole Gadeberg

Bjarne Anker Jensen

Jens Oluf Pedersen

Michael Pedersen

Annette Vangsted

Flere grupper forventes nedsat i fremtiden: follikulære lymfomer, Hodgkin lymfom, billeddiagnostik og radioterapi. Multidisciplinaritet med repræsentation fra andre specialer som for eks. radiologi, onkologi, nuklearmedicin m.fl. vil blive tilgodeset i sammensætningen af fremtidige arbejdsgrupper og der vil blive udpeget repræsentanter fra de tilsvarende videnskabelige selskaber.

Afdelinger og kontaktpersoner

Nedenstående tabel giver en oversigt over samtlige afdelinger involveret i diagnostik og behandling af voksne patienter med malignt lymfom og deres respektive kontaktpersoner:

TABEL 2. Oversigt over afdelinger (diagnostik og behandling) og kontaktpersoner

Behandelnde afd.	Kotaktperson	Patologi afd.	Kontaktperson
Nordjyllands Amt			
Hæm.afd., Ålborg (C)	ovl.M.Krogh-Jensen	Ålborg (C)	ovl.P.Johansen
		Hjørring	ovl.L.Hjort
Viborg Amt			
Med.afd., Viborg	ovl. B.Bach Pedersen	Skive	ovl.G.Pallesen
Ringkøbing Amt			
Med.afd, Holstebro	ovl. S. Pulczynski	Holstebro	ovl.J..Pilegaard, ovl.S.Høyer
Århus Amt			
Hæm.afd., Århus (C)	ovl. F.d'Amore	Århus (C)	ovl.K.B.Hansen, prof.S.Hamilton
Dermatol.afd., Århus	ovl.E.Obitz		
Med.afd., Randers	ovl. M.Brandsborg	Randers	ovl. Bernt Nielsen
Vejle Amt			
Med.afd., Vejle	ovl. O.Gadeberg	Vejle	ovl.B.Østergaard
Ribe Amt			
Med.afd., Esbjerg	ovl. T.Mourits-Andersen	Esbjerg	ovl.N.Korsgaard
Sønderjyllands Amt			
Med.afd., Haderslev		Sønderborg	ovl.C.Ladefoged
Fyns Amt			
Hæm.afd., Odense (C)	ovl.B.E.Christensen	Odense (C)	ovl.N.Tinggaard Pedersen
Dermatol.afd., Odense	ovl.H.W.Ibsen		
		Svendborg	ovl.H.Kiær
Storstrøms Amt			
Med.afd., Næstved	ovl. P.Philip	Næstved	ovl.P.Prætorius Clausen
		Nykøbing F.	ovl.K.Søndergaard
Vestsjællands Amt			
		Slagelse	ovl.N.Thommesen
		Holbæk	ovl.L.Fauerholt
Roskilde Amt			
Med.afd., Roskilde	ovl.M.Pedersen	Roskilde	ovl.B.Wiebe
Frederiksborg Amt			
Med.afd., Hillerød	ovl.B.A.Jensen	Hillerød	ovl.A.Falsteen Lauritzen
Københavns Amt			
Hæm. afd., Herlev (C)	ovl.L.Møller Pedersen	Herlev (C)	ovl.Nina Hastrup
Dermatol.afd., Gentofte	ovl.L.Skov	Gentofte	ovl.M.Hamilton
		Glostrup	ovl.O.Brændstrup
Hovedstadens Sygehusfællesskab			
Hæm.afd., Rigshospitalet (C)	ovl.P.Brown	RH (C)	prof. E.Ralfkiær
Dermatol.afd., Bispebjerg	ovl.G.Skovgaard	Bispebjerg	ovl.H.Klem Thomsen
		Hvidovre	ovl.P.Løvgreen

(C)= afdeling med hæmatologisk/hæmatopatologisk centerfunktion

Hjemmeside

DLG oprettede kort efter sin etablering en hjemmeside (www.dalg.dk). Hjemmesiden indeholder følgende emner: vedtægter, bestyrelse, WHO klassifikation, LYFO skemaer (registrering både som PDF og som Word fil, follow-up skema og mors-skema), plenummøder, kurser, hjælpeskema til elektronisk cancerregistrering og links (WHO's blå bog, Nordisk Lymfomgruppe, Lymphoma Forum). Hjemmesiden er under løbende ajourføring samt udvidelse med følgende emner: medlemsoversigt + adresser, DLG's udvalg, protokoller i DLG's regi, udarbejdede guidelines for diagnostik og behandling.

Aktiviteter 2003-2004

I perioden marts 2003 – marts 2004 er der afholdt 4 bestyrelsesmøder og et plenummøde. DLG's 1. plenummøde blev afholdt i København den 23.9.2003. Programmet omfattede en formiddagssession med indlæg fra 3 inviterede udenlandske foredragsholdere: prof. Michael Pfreundschuh formand af den Tyske Gruppe for Aggressive Lymfomer (nye behandlingsprincipper ved aggressive lymfomer); prof. Nordjick fra EORTC's lymfomgruppe og formand for det Hollandske Lymfomregister i Comprehensive Cancer Center West (organisation og protokolstrategi i EORTC's lymfomgruppe samt lymfomregistrering i Holland); prof. Christer Sundstrøm, formand for Patologiudvalget i den Svenske Lymfomgruppe (organisation af lymfopatologi i Sverige). Eftermiddagssessionen startede med et indlæg fra prof. Ebba Nexø, formand for KOF udvalget (se forord). Ebba Nexø berettede om det igangværende arbejde i KOF-udvalget og om hvilke organisatoriske og økonomiske konsekvenser dette arbejde vil kunne have for de sygdomsspecifikke cancergrupper såsom DLG, på både regional og national plan. Under mødets sidste del blev fremgangsmåden til oprettelse af arbejdsgrupper diskuteret. Følgende arbejdsgrupper blev nedsat: *Registrering, Patologi og DLBCL*.

Den 2. og 3. oktober 2003 afholdt DLG et 2 dages lymfomkursus arrangeret af Lars Møller Pedersen, Herlev og Peter Brown, Rigshospitalet og sponsoreret af Roche. Kurset gennemgik de diagnostiske og terapeutiske principper gældende for de lymfomundertyper defineret i den nye WHO klassifikation. Kurset var velbesøgt og fik en positiv evaluering. Et nyt kursus er planlagt til at finde sted primo 2005.

Efter hjemkomsten fra American Society of Hematology's årsmøde i december 2003, og i lyset af de nyeste offentliggjorte opgørelser, blev DLBCL gruppen af DLG's formand skriftligt opfordret til at afholde deres 1. møde i henhold til et medsendt oplæg til kommissorium. Det første møde forventes afholdt på medicinsk afdeling i Roskilde.

Registreringsudvalget har været aktiv siden plenummødet i september 2003. Der er nu udarbejdet et opdateret dataindtastningsskema (se www.dalg.dk) foreneligt med et elektronisk indtastningsformat. Dette skema vil blive rundsendt i papirformat til alle registrerende afdelinger og vil erstatte den gamle version af LYFO-registreringsskema. Et tilsvarende opdateringsarbejde er i gang med follow-up og mors-skemaerne. Det er desuden DLG's bestyrelses overbevisning, at det ville være meningsfyldt at udvide den nuværende LYFO-registrering med registrering af kronisk lymfatisk leukæmi (CLL). Dette er i overensstemmelse med principperne fra den nye WHO-klassifikation af maligne lymfoproliferative sygdomme, der integrerer CLL i lymfomernes sygdomsspektrum.

DLG som dansk multidisciplinær cancergruppe

De eksisterende sygdomsspecifikke grupper, der ofte er oprettet på initiativ af faglige selskaber, har haft forskelligt omfang, som spænder fra direkte støttede organisationer som f.eks. DBCG (Danish Breast Cancer Cooperative Group) til mere sporadiske tiltag. Mange af grupperne står for en forskningsdatabase, der både tjener til forskningsformål og som kilde til kliniske informationer. Desuden har grupperne bidraget med retningslinier for udredning og behandling af kræftsygdomme. De eksisterende grupper er nærmere beskrevet i Tabel 4 og 5.

TABEL 4. Oversigt over organisations- og dækningsstatus

Navn	etableret	dækningsgrad	andel af pts	Organisation	statutter
Mammacancer DBCG	1977	National	15.3%	selskab/repræsentantskab	ja
Coloncancer DCCG	1994	National	14.5%	Selskab	nej
Lungecancer DLCG	1992	National	14.0%	selskab/repræsentantskab	ja
Gynækologisk cancer DGC	(1981)/2000	National	7.5%	Selskab	ja
Lymfomer DLG	(1983)/2003	National	4,7%	selskab/repræsentantskab	ja
Head-and neck cancer DAHANCA	1976	National	4.1%	Selskab	delvis
Øvre mavetarmkanal	1999	National	3.5%	Selskab	delvis
Melanom DMG	1983	80%	3.5%	repræsentantskab/selskab	ja
Myelomatose	1988	National	1,2%	selskab	ja
Akut myeloid leukæmi AML	1998	National	0,9%	nordisk samarbejde	nej
Pædiatrisk onkologi	1985	National	0.3%	involverede afd	nej
Blærecancer DBCR	> 10 years 1997	National National	6.9%	Selskab	nej ja
Prostatacancer	2003	National	6.8%	Selskab	nej
Sarkomer DSCG	2003	National	0.7%	Afdelinger	nej

TABEL 5. Oversigt over grupper med sekretariats- og/eller databasestatus

Navn	sekretariat	Hjemmeside	Forsknings data base	Klinisk data base (offentlig)	Støtte
Mammacancer DBCG	Ja	www.dbcg.dk	Ja, 95%	(ja)	ARF
Coloncancer DCCG	Nej	www.kirurgisk-selskab.dk	100%	Ja	ARF, HS
Lungecancer DLGG	Ja	www.lungecancer.dk		offentlig, 95%	ARF
Lymfomer DLG	Ja	www.dalg.dk	Ja	Ja, offentlig	ARF
Gynækologisk cancer DGC	Ja	www.dcg-dk.dk	Privat / offentlig		Uafklaret
Head-and-neck cancer DAHANCA	Ja	www.dahanca.dk	Privat, 100%		KB, industri, AUH
Øvre mave-tarmkanal	Nej	www.kirurgisk-selskab.dk		Offentlig	Aalborg amt
Melanom DMG	(ja)	under etablering	Privat, 80%		RH
Akut myeloid leukæmi AML	Databasesekretar	www.hematology.dk	Nej	Ja (offentlig)	ARF
Myelomatose	Nordisk	www.nordic-myeloma.org	Nej	Nej	NCU
Pædiatrisk onkologi	Nej		Vestdansk		
Blærecancer DBCR	Ja (register)	www.urologi.dk		offentligt (LPR)	ARF
Sarkomer DSCG	Nej		Vestdansk		AUH

Det er KOF udvalgets vurdering, at der med den frivillige etablering af sygdoms- og/eller organspecifikke grupper i Danmark er skabt et grundlag for fremtidig dansk klinisk kræftforskning og vidensspredning.

Den nuværende strukturs svaghed er en utilstrækkelig finansiering og manglende klarhed vedrørende de opgaver, som grupperne vil kunne løse. Desuden er der forskelle i den organisatoriske indplacering af grupperne, og der mangler koordinering på tværs af grupperne.

KOF udvalgets løsningsforslag omfatter etablering af Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG), der skal løse en række specifikke opgaver, og som organisatorisk skal koordineres på nationalt plan.

Opgaver

DMCG står for videnskabelige kliniske protokoller
DMCG fremmer koordinering og prioritering af forskning indenfor området
DMCG overvåger området og giver "tidlig varsling", når det er relevant
DMCG udarbejder retningslinier for diagnostik og behandling
DMCG opretter og driver kliniske databaser egnede til forskning og kvalitetssikring
DMCG etablerer biobanker specielt med henblik på translational forskning
DMCG har internationale kontakter og videnskabeligt samarbejde
DMCG bidrager til vidensspredning i det faglige miljø og i offentligheden

Struktur

DMCG har en veldefineret afgrænsning af sygdomsgruppen
DMCG har en ledelsesform, som sikrer multidisciplinær forskningsfremme
DMCG's arbejde bygger på accepterede statutter
DMCG gennemgår regelmæssig evaluering
DMCG's sekretariat er tilknyttet til den Regionale Infrastruktur for Klinisk Kræftforskning
DMCG er forankret i en nationalt koordinerende struktur og har relationer til de relevante videnskabelige selskaber

Finansiering

Det foreslås, at der afsættes et beløb pr. nydiagnosticeret kræfttilfælde i lighed med den finansiering, der er etableret for DBCG (Danish Breast Cancer Cooperative Group). Midlerne placeres i en central pulje og udmøntes til de enkelte DMCG efter ansøgning. Ansøgningen skal klargøre, hvordan gruppen planlægger at møde de opgaver og den struktur, der er beskrevet i det foregående. En central ansøgningsbehandling skal sikre, at hele kræftområdet bliver dækket, men at der ikke sker uhensigtsmæssige overlap.

DLG og LYFO databasen

LYFO er som database etableret tilbage i 1983 og har dermed haft 20-års jubilæum i år 2003. Frem til 1998 har LYFO registreret alle tilfælde af NHL i Vestdanmark. I perioden 1983-88 var databasen lokaliseret i Århus, siden 1989 i Odense. Fra 1998 er vest-danske HL tilfælde medregistreret og fra 1999 er Østdanmark medinddraget, således at databasen nu er landsdækkende for alle maligne lymfomer. Registrering af CLL foretages ikke endnu, men planlægges påbegyndt indenfor de næste 1-2 år. Organisatorisk er præmisserne for registrering godkendt og protokolleret af Dansk Hæmatologisk Selskab, LYFO fungerer som offentlig kvalitetsdatabase under Kompetencecenter Syd og modtager økonomisk støtte fra Amtsrådsforeningen. Fagligt er LYFO associeret til DLG og repræsenterer DLGs sygdomsspecifikke databasegrundlag. Med over 7000 patienter i registret fremtræder LYFO-databasen som en af de mest omfattende populationsbaserede lymfomdatabaser i verden. NHL (inkl. CLL) er langt den største gruppe med ca 800 tilfælde pr. år. Hodgkin lymfom udgør af størrelsesordenen godt 100 patienter årligt. Det samlede antal patienter med lymfekræft nærmer sig således 1000 årligt svarende til en incidens på 20 tilfælde per 100.000 indbyggere per år, og repræsenterer dermed den 5. eller 6. hyppigste kræftform i Danmark.

Registrering:

På diagnosetidspunktet indsender den behandlende afdeling et registreringskema til LYFO. Skemaet indeholder nødvendige demografiske oplysninger og alle undersøgelsesresultater, som er nødvendige for en korrekt diagnose og for stillingtagen til behandling, herunder oplysninger om relevante prognostiske indikatorer. Et dynamisk opdateret registreringskema sikrer således i LYFO en ensartet og relevant udredning af patienter med lymfeknudekræft for alle behandlende afdelinger i Danmark. Alle indberetningskemaer censureres i LYFO-sekretariatet før indtastning i databasen og manglende eller upræcise oplysninger korrigeres ved henvendelse til indberettende afdeling. Til det brug har LYFO oprettet et netværk med ansvarlige kontaktpersoner på de behandlende afdelinger og på de involverede patologiske institutter.

Patologi:

De mange undertyper af lymfeknudekræft med forskellige forløb, som kræver differentieret behandling, fordrer korrekte histopatologiske undersøgelser, som indenfor lymfomområdet er temmelig sofistikerede, med nødvendig anvendelse af immunologiske markører suppleret med cytogenetik, og på det seneste, molekylærbiologiske undersøgelser. LYFO betjener sig derfor af et patologipanel med centerpatologer, der indtil nu har revideret alle præparater. Opgaverne for centerpatologerne er på grund af det stigende antal lymfomer blevet så omfattende, at man nu overgår til stikprøvekontrol, som også gennemføres centerpatologerne imellem. Alle patologiplysninger samles via et patologiskema i LYFO-databasen.

Krydsrevisioner:

LYFO foretager krydsrevisioner med oplysninger fra cancerregisteret og fra CPR-registeret samt fra patologiregistre, hvor seneste udvikling bliver patologidatabanken. Herved sikres opsporing af samtlige patienter med lymfekræft og alle dødsfald blandt patienter registreret i LYFO. Krydsrevisionerne tillader samtidig indkaldelse af manglende registreringer og medfører automatisk udsendelse af opfølgningsskemaer for registrerede patienter.

Krydsvalidering af LYFO data med data fra Canceregisteret (DCR) gældende for perioden 1983-1998

	LYFO	Ikke i LYFO	Total
DCR	4343 (81%)	1040 (19%)	5383
Ikke i DCR	439	105*	
Total	4782		

*NB: Antal patienter ukendt i både LYFO og DCR. Beregningen forudsætter ligelig adgang til registrering for begge registre ('equal catchability assumption')

Figurer og tabeller

A) Registrering

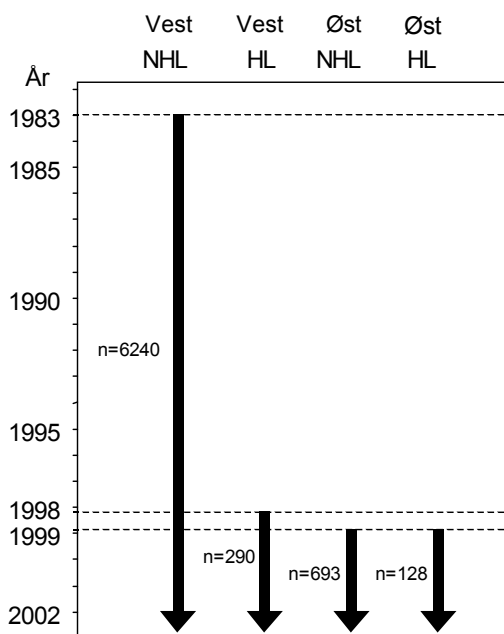


Fig.A1 Starttidspunkt for registrering af NHL og HL i Vest- og Østdanmark

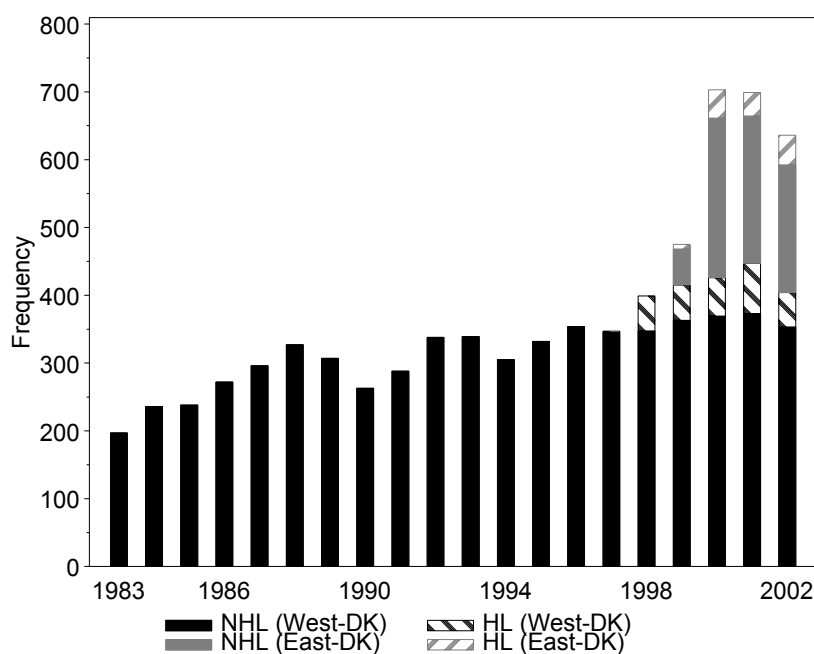


Fig.A2 Totale antal registreret i LYFO de enkelte år

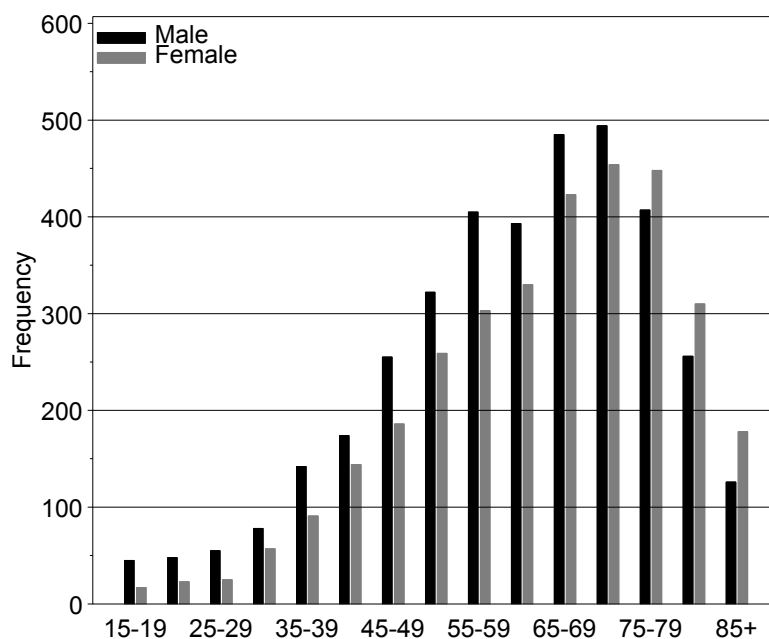


Fig.A3 Totale antal NHL registreret i LYFO fordelt efter alder og køn.

Kommentar: Stigende forekomst af NHL i relation til stigende alder. De lave værdier ved aldersgrupperne ≥ 80 år afspejler muligvis et fald i diagnostisk intensitet og indberetningshyppighed.

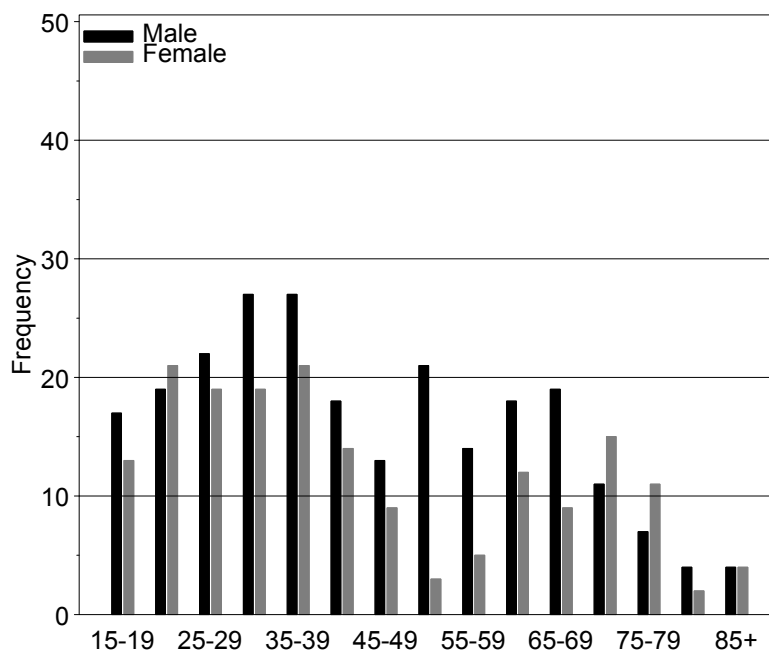


Fig.A4 Total antal HL registreret i LYFO fordelt efter alder og køn

Kommentar: Modsat NHL, viser aldersfordelingen ved HL det velkendte 'topkulede' forløb.

Tabel A1 og A2. Alder (A1) og køn (A2) for alle registrerede patienter 1983-2002

	ALDER				
	N	Mean	Min	Median	Max
1983	197	62	15	66	93
1984	236	63	15	67	92
1985	238	64	20	68	92
1986	272	61	17	64	93
1987	296	62	15	66	92
1988	327	62	15	66	93
1989	307	63	16	66	90
1990	263	62	16	65	95
1991	288	63	16	66	92
1992	338	64	16	66	92
1993	339	61	15	65	94
1994	305	62	16	65	93
1995	332	62	17	63	98
1996	354	63	17	65	98
1997	347	63	15	66	93
1998	406	60	16	62	93
1999	482	61	15	64	94
2000	715	61	15	62	97
2001	707	61	15	63	95
2002	643	61	15	62	94
Total	7392	62	15	64	98

	Mænd		Kvinder		Tot
	N	%	N	%	N
1983	103	52.3	94	47.7	197
1984	118	50.0	118	50.0	236
1985	107	45.0	131	55.0	238
1986	151	55.5	121	44.5	272
1987	161	54.4	135	45.6	296
1988	179	54.7	148	45.3	327
1989	177	57.7	130	42.3	307
1990	136	51.7	127	48.3	263
1991	155	53.8	133	46.2	288
1992	170	50.3	168	49.7	338
1993	162	47.8	177	52.2	339
1994	159	52.1	146	47.9	305
1995	196	59.0	136	41.0	332
1996	196	55.4	158	44.6	354
1997	189	54.5	158	45.5	347
1998	225	55.4	181	44.6	406
1999	278	57.7	204	42.3	482
2000	368	51.5	347	48.5	715
2001	367	51.9	340	48.1	707
2002	353	54.9	290	45.1	643
Total	3950	53.4	3442	46.6	7392

Kommentar: Medianalder (64 år) og kønsratio (M/K:1,12) er i overensstemmelse med andre populationsbaserede registre.

Tabel A3. Hoveddiagnosegruppe for alle registrerede patienter 1983-2002

	NHL			HL			Uklassificerbar			Total		
	ØST-DK	VEST-DK	Total	ØST-DK	VEST-DK	Total	ØST-DK	VEST-DK	Total	ØST-DK	VEST-DK	Total
1983	0	197	197	0	0	0	0	0	0	0	197	197
1984	0	236	236	0	0	0	0	0	0	0	236	236
1985	0	238	238	0	0	0	0	0	0	0	238	238
1986	0	272	272	0	0	0	0	0	0	0	272	272
1987	0	296	296	0	0	0	0	0	0	0	296	296
1988	0	327	327	0	0	0	0	0	0	0	327	327
1989	0	307	307	0	0	0	0	0	0	0	307	307
1990	0	263	263	0	0	0	0	0	0	0	263	263
1991	0	288	288	0	0	0	0	0	0	0	288	288
1992	0	338	338	0	0	0	0	0	0	0	338	338
1993	0	339	339	0	0	0	0	0	0	0	339	339
1994	0	305	305	0	0	0	0	0	0	0	305	305
1995	0	331	331	0	1	1	0	0	0	0	332	332
1996	0	353	353	0	1	1	0	0	0	0	354	354
1997	0	345	345	0	2	2	0	0	0	0	347	347
1998	0	347	347	0	52	52	0	7	7	0	406	406
1999	53	363	416	7	52	59	4	3	7	64	418	482
2000	235	369	604	42	57	99	6	6	12	283	432	715
2001	217	373	590	35	74	109	4	4	8	256	451	707
2002	188	353	541	44	51	95	1	6	7	233	410	643
Total	693	6240	6933	128	290	418	15	26	41	836	6556	7392

Kommentar: Antallet af histologisk uklassificerbare tilfælde kan alene evalueres for perioden 1998-2002. Niveauet er lavt, svarende til 1-2% af alle diagnosticerede tilfælde

Tabel A4. NHL fordelt efter primært behandlende afdeling

	RH	Herlev	Hillerød	Roskilde	Næstved	ANDRE ØST	Odense	Haders lev	Esbjerg	Vejle	Holste bro	Århus	Viborg	Ålborg	ANDRE VEST	Total
1983	0	0	0	0	0	0	63	0	0	0	0	93	3	32	6	197
1984	0	0	0	0	0	0	67	0	0	1	1	99	8	47	13	236
1985	0	0	0	0	0	0	65	0	0	2	3	93	11	53	11	238
1986	0	0	0	0	0	0	87	0	1	0	4	123	5	43	9	272
1987	0	0	0	0	0	0	89	0	0	0	2	114	3	69	19	296
1988	0	0	0	0	0	0	97	0	5	0	2	132	11	67	13	327
1989	0	0	0	0	0	0	106	0	3	1	2	101	26	61	7	307
1990	0	0	0	0	0	0	63	0	10	1	3	103	18	61	4	263
1991	0	0	0	0	0	0	64	2	10	1	19	108	15	64	5	288
1992	0	0	0	0	0	0	103	4	20	12	27	88	17	64	3	338
1993	0	0	0	0	0	0	67	5	24	17	26	110	18	69	3	339
1994	0	0	0	0	0	0	73	12	21	17	24	75	20	59	4	305
1995	0	0	0	0	0	0	64	25	24	19	38	81	14	61	5	331
1996	0	0	0	0	0	0	94	26	21	23	27	76	27	55	4	353
1997	0	0	0	0	0	0	65	24	21	18	28	99	32	52	6	345
1998	0	0	0	0	0	0	85	21	19	33	22	85	20	53	9	347
1999	35	7	8	2	0	1	74	25	18	46	19	70	30	77	4	416
2000	105	68	43	9	0	10	100	23	18	35	17	87	28	52	9	604
2001	86	64	49	8	1	9	93	23	23	37	14	83	25	69	6	590
2002	76	56	34	4	17	1	86	26	31	36	31	63	21	59	0	541
Total	302	195	134	23	18	21	1605	216	269	299	309	1883	352	1167	140	6933

Kommentar: Der ses et stigende antal NHL patienter registreret på amtshæmatologiske afdelinger, som ikke har centerfunktion.

Tabel A5. NHL fordelt efter bopælsamt

	KK (H:S)	FK (H:S)	KA	Fr. borg	Ros kilde	Vest sjæll	Stor strøm	Born holm	Fyn	Sønder jyll	Ribe	Vejle	Ring købing	Århus	Viborg	Nord jyll	Total
1983	0	0	0	0	0	0	0	0	41	16	8	24	19	36	21	32	197
1984	0	0	0	0	0	0	0	0	44	15	12	24	20	54	19	48	236
1985	0	0	0	0	0	0	0	0	39	16	16	20	19	53	28	47	238
1986	0	0	0	0	0	0	0	0	51	32	14	19	27	75	12	42	272
1987	0	0	0	0	0	0	0	0	63	20	13	23	24	62	16	75	296
1988	0	0	0	0	0	0	0	0	60	23	27	41	18	72	24	62	327
1989	0	0	0	0	0	0	0	0	71	28	8	35	22	47	34	62	307
1990	0	0	0	0	0	0	0	0	40	19	18	31	15	50	37	53	263
1991	0	0	1	0	0	0	0	0	45	20	14	34	25	62	26	61	288
1992	0	0	0	0	0	0	0	0	67	31	29	39	34	54	27	57	338
1993	0	0	0	0	0	0	0	0	52	22	26	43	28	75	27	66	339
1994	0	0	0	0	0	0	0	0	61	25	23	31	29	55	22	59	305
1995	0	0	0	0	0	0	0	0	54	33	30	34	43	56	21	60	331
1996	0	0	0	0	0	0	0	0	83	34	26	32	39	57	25	57	353
1997	0	0	0	0	0	0	0	0	55	31	24	37	37	76	34	51	345
1998	0	0	0	0	0	0	0	0	75	27	26	35	27	76	26	55	347
1999	14	2	8	10	3	6	10	0	54	37	25	48	23	61	34	81	416
2000	43	4	72	44	12	28	30	3	87	32	26	40	26	71	29	56	603
2001	32	5	68	53	13	22	15	6	81	32	29	42	21	73	31	67	590
2002	38	7	56	35	7	21	20	5	72	37	34	35	34	59	22	58	540
Total	127	18	205	142	35	77	75	14	1195	530	428	667	530	1224	515	1149	6931

Kommentar: Det stigende antal patienter fra alle de amter, der har deltaget i registrering i perioden 1983-2002, er i overensstemmelse med den stigende lymfomincidens.

Tabel A6. HL fordelt efter primært behandlende afdeling

	R H	Herle v	Hillero d	Roskild e	Næstve d	ANDR E ØST	Odens e	Hader s lev	Esbjer g	Vejl e	Holst e bro	Århu s	Vibor g	Ålborg	ANDR E VEST	Tota l
1983	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1984	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1985	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1986	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1987	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1988	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1989	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1990	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1991	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1992	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1993	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1994	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1995	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
1996	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
1997	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
1998	0	0	0	0	0	0	13	0	1	2	3	23	0	9	1	52
1999	5	1	1	0	0	0	17	4	1	0	2	21	0	7	0	59
2000	25	11	4	0	0	2	16	0	1	4	0	29	0	7	0	99
2001	19	9	4	2	1	0	15	0	2	5	1	37	1	13	0	109
2002	27	11	5	1	0	0	15	0	0	5	0	24	0	6	1	95
Tota l	76	32	14	3	1	2	77	5	5	16	6	135	1	43	2	418

Kommentar: Dataene er endnu sparsomme. HL registreringer synes dog at stamme overvejende fra afdelinger med centerfunktion

Tabel A7. HL fordelt efter bopælsamt

	KK (H:S)	FK (H:S)	KA	Fr-borg	Ros kilde	Vest sjæll	Stor strøm	Born holm	Fyn	Sønder jyll	Ribe	Vejle	Ring købing	Århus	Viborg	Nord jyll	Total
1983	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1984	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1985	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1986	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1987	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1988	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1989	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1990	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1991	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1992	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1993	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1994	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1995	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
1996	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
1997	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
1998	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3	3	11	4	13	3	9	52
1999	0	0	1	2	0	3	1	0	10	10	2	5	6	9	3	7	59
2000	9	2	13	6	3	4	6	0	9	6	1	9	0	20	4	7	99
2001	4	2	9	5	6	4	4	0	6	3	8	8	15	16	6	12	108
2002	10	3	11	9	3	7	0	1	9	3	4	5	2	20	2	6	95
Total	23	7	34	22	12	18	11	1	41	26	18	38	27	79	18	42	417

Kommentar: Registreringen fra 2000 og 2001 (efter indkøringsårene 1998-1999 og uden nævneværdig registreringsforsinkelse) afspejler formentlig det reelle årlige antal HL i Danmark, dvs. 100-110 patienter årligt

B) Incidens

Tabel B1. NHL incidens: totalt og fordelt efter køn i Vest-DK.

	Mænd			Kvinder			Alle		
	Befolknings tal	Cases	Incidens per 100.000	Befolknings tal	Cases	Incidens per 100.000	Befolknings tal	Cases	Incidens per 100.000
1983	1097277	103	9	1125171	94	8	2222448	197	9
1984	1103279	118	11	1132150	118	10	2235429	236	11
1985	1109723	107	10	1138693	131	12	2248416	238	11
1986	1118244	151	14	1145483	121	11	2263727	272	12
1987	1128088	161	14	1153719	135	12	2281807	296	13
1988	1135231	179	16	1162163	148	13	2297394	327	14
1989	1140542	177	16	1167412	130	11	2307954	307	13
1990	1145588	136	12	1173030	127	11	2318618	263	11
1991	1151487	154	13	1179644	133	11	2331131	287	12
1992	1157044	170	15	1184803	168	14	2341847	338	14
1993	1161434	162	14	1189129	177	15	2350563	339	14
1994	1164942	159	14	1192782	146	12	2357724	305	13
1995	1167658	195	17	1195464	136	11	2363122	331	14
1996	1172944	195	17	1200850	158	13	2373794	353	15
1997	1173788	187	16	1202010	158	13	2375798	345	15
1998	1174419	190	16	1202326	157	13	2376745	347	15
1999	1174326	210	18	1202115	153	13	2376441	363	15
2000	1174039	187	16	1201693	180	15	2375732	367	15
2001	1174568	203	17	1201984	173	14	2376552	376	16
2002	1176744	182	15	1203640	169	14	2380384	351	15

Tabel B2. NHL incidens: totalt og fordelt efter køn i Øst-DK.

	Mænd			Kvinder			Alle		
	Befolknings tal	Cases	Incidens per 100.000	Befolknings tal	Cases	Incidens per 100.000	Befolknings tal	Cases	Incidens per 100.000
1999	954624	27	3	1014869	26	3	1969493	53	3
2000	956718	125	13	1016422	112	11	1973140	237	12
2001	959387	102	11	1018760	112	11	1978147	214	11
2002	961738	104	11	1021029	86	8	1982767	190	10

Kommentar: Stigende incidens for både mænd og kvinder. Data fra Øst-DK synes endnu præget af en vis underrapportering.

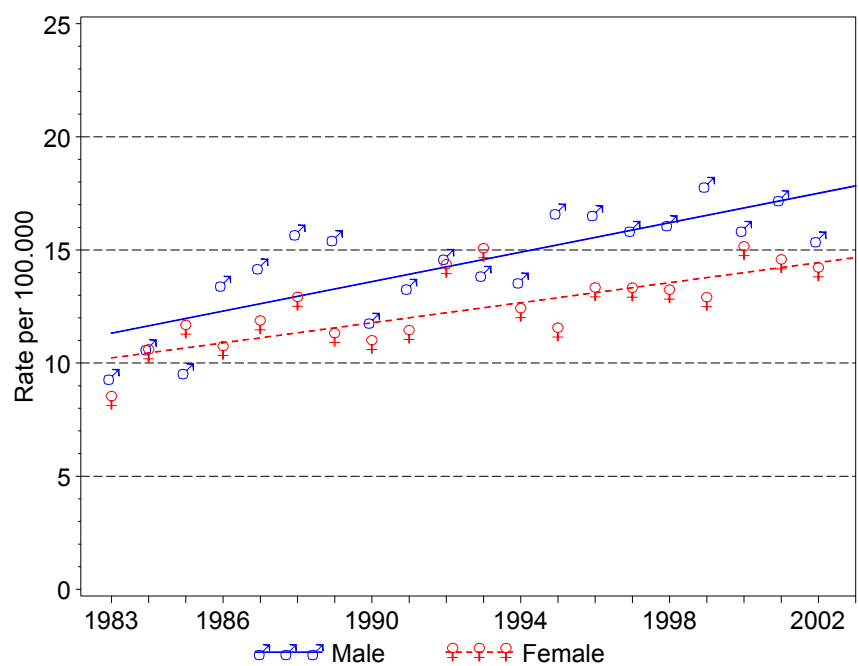


Fig.B1 NHL-incidensrate i Vest-DK, fordelt efter køn

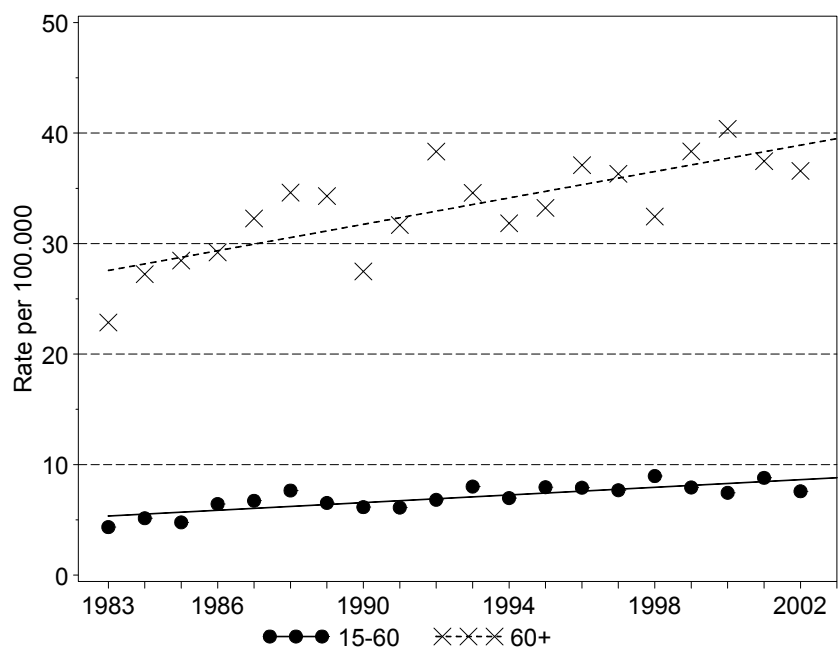


Fig.B2 NHL-incidensrate i Vest-DK, fordelt efter aldersgruppe

Kommentar: Stigningen i incidens er højest for mænd og for de ældre (>60 år)

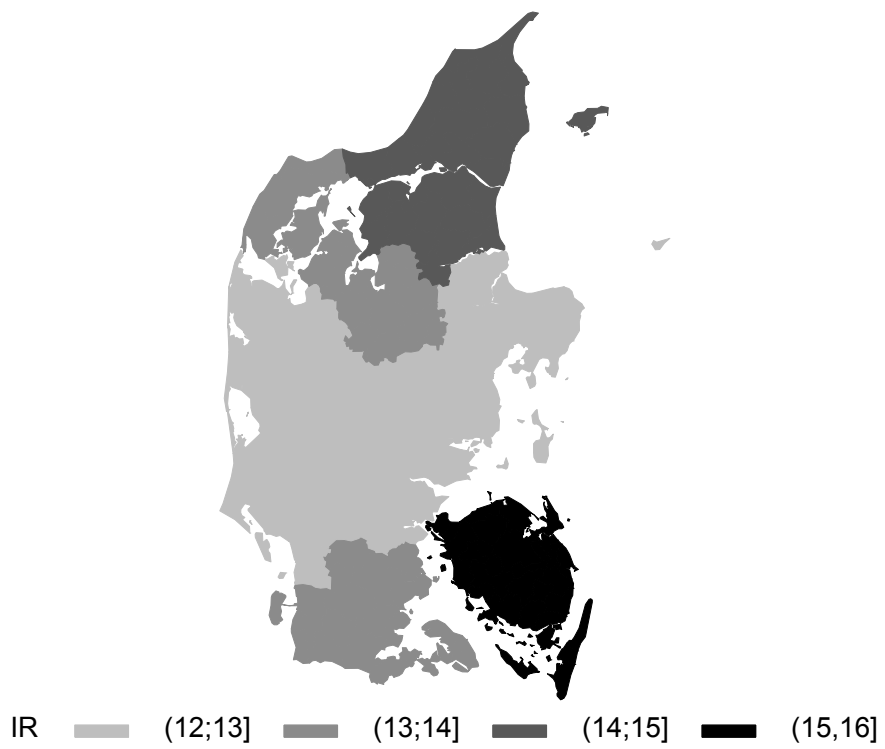


Fig.B3. NHL incidensrater (IR) i vstdanske amter

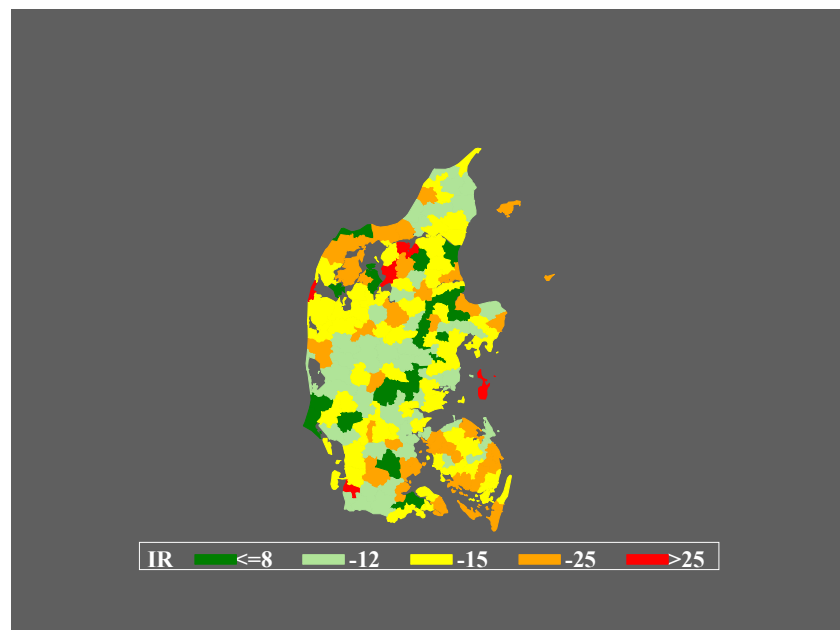


Fig.B4. NHL incidensrater (IR) i vstdanske kommuner (tal fra 1983-2000)

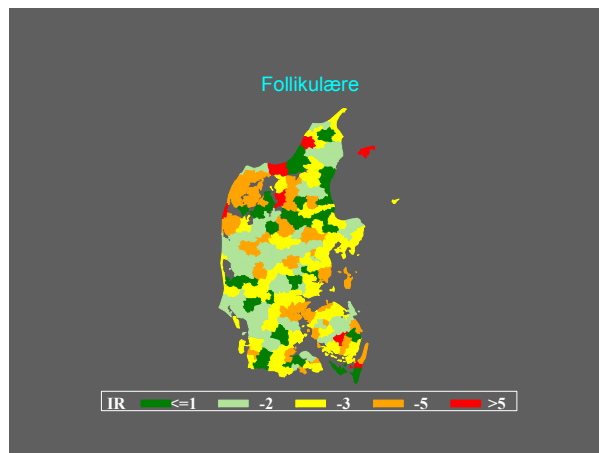
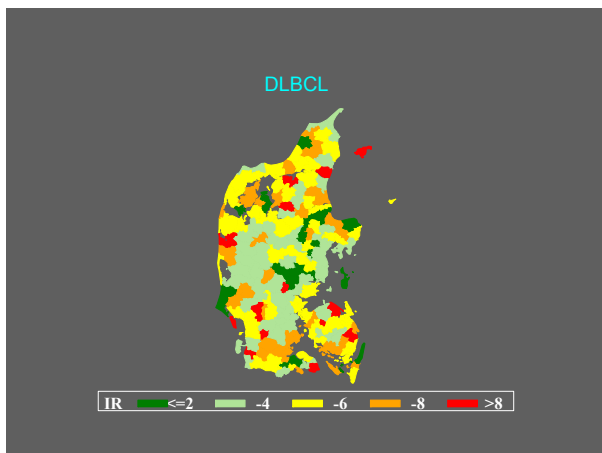
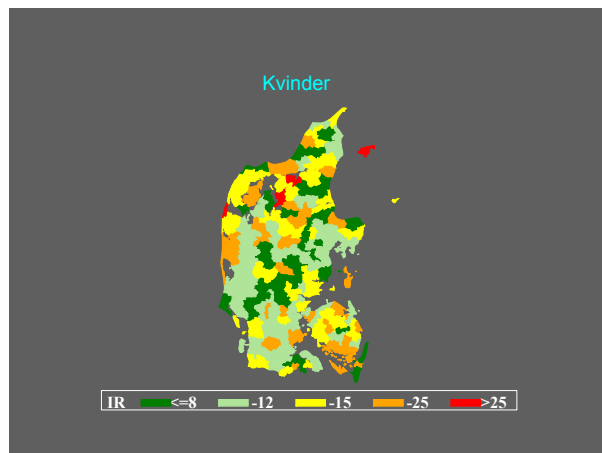
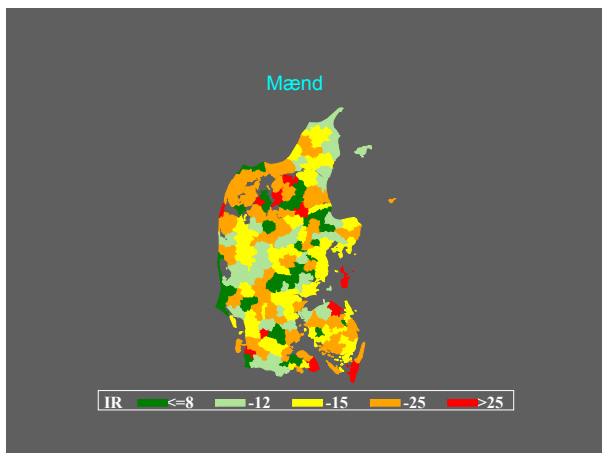


Fig.B5, B6, B7 og B8. NHL incidensrater (IR) i vstdanske kommuner (tal fra 1983-2000) for henholdsvis mænd (B5), kvinder (B6), DLBCL (B7) og follikulære lymfomer (B8).

C) Follow-up

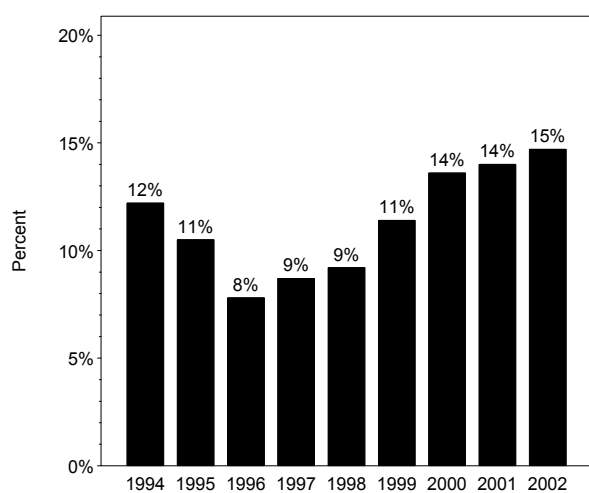


Fig. C1. Antal ikke LYFO-registrerede dødsfald pr. år i % af antal patienter registreret som levende i LYFO. NB: Siden 1993 er foretaget årlig afstemning med CPR-registret.

Tabel C1. Dækningsgrad for follow-up ved 3 hhv. 5 år

Table Cd1. FUPskema	FOLLOW-UP SKEMA				All N
	Intet		Haves		
	N	%	N	%	
1983	0	0.0	197	100.0	197
1984	0	0.0	236	100.0	236
1985	3	1.3	235	98.7	238
1986	1	0.4	271	99.6	272
1987	0	0.0	296	100.0	296
1988	0	0.0	327	100.0	327
1989	1	0.3	306	99.7	307
1990	3	1.1	260	98.9	263
1991	2	0.7	286	99.3	288
1992	3	0.9	335	99.1	338
1993	2	0.6	337	99.4	339
1994	6	2.0	299	98.0	305
1995	1	0.3	331	99.7	332
1996	3	0.8	351	99.2	354
1997	10	2.9	337	97.1	347
1998	5	1.2	401	98.8	406
1999	58	12.0	424	88.0	482
2000	229	32.0	486	68.0	715
2001	566	80.1	141	19.9	707
2002	558	86.8	85	13.2	643
Total	1451	19.6	5941	80.4	7392

Kommentar: Dækningsgraden op til 1998 er høj (98-100%). I årene 1999 og senere er den lavere, fordi første follow-up normalt finder sted 3 år efter diagnose.

D) Kvalitetsindikatorer

Tabel D1 og D2. Diagnostisk grundlag, forekomst af specificeret vs. uspecificeret histologi

	HISTOLOGISK GRUPPE								Total
	DLBCL	FL	LBL	BL	NHL	HL	NHL	L	
					OS		NOS		
1983	70	44	5	2	45	0	31	0	197
1984	81	48	10	1	57	0	39	0	236
1985	92	31	6	0	73	0	36	0	238
1986	90	53	14	1	73	0	41	0	272
1987	108	40	7	2	97	0	42	0	296
1988	119	56	6	7	103	0	36	0	327
1989	123	51	4	3	90	0	36	0	307
1990	105	39	0	8	76	0	35	0	263
1991	107	48	6	2	76	0	49	0	288
1992	127	60	1	2	115	0	33	0	338
1993	124	71	4	8	81	0	51	0	339
1994	136	65	3	1	65	0	35	0	305
1995	123	61	4	2	89	1	52	0	332
1996	146	58	2	5	98	1	44	0	354
1997	167	46	3	3	81	2	45	0	347
1998	162	76	5	1	92	52	11	7	406
1999	192	70	2	2	127	59	23	7	482
2000	260	127	6	7	177	99	27	12	715
2001	262	116	4	8	169	109	31	8	707
2002	231	125	4	6	154	95	21	7	643
Total	2825	1285	96	71	1938	418	718	41	7392

	SPECIFICERET HISTOLOGI				N
	Nej		Ja		
	N	%	N	%	
1983	31	15.7	166	84.3	197
1984	39	16.5	197	83.5	236
1985	36	15.1	202	84.9	238
1986	41	15.1	231	84.9	272
1987	42	14.2	254	85.8	296
1988	36	11.0	291	89.0	327
1989	36	11.7	271	88.3	307
1990	35	13.3	228	86.7	263
1991	49	17.0	239	83.0	288
1992	33	9.8	305	90.2	338
1993	51	15.0	288	85.0	339
1994	35	11.5	270	88.5	305
1995	52	15.7	280	84.3	332
1996	44	12.4	310	87.6	354
1997	45	13.0	302	87.0	347
1998	18	4.4	388	95.6	406
1999	30	6.2	452	93.8	482
2000	39	5.5	676	94.5	715
2001	39	5.5	668	94.5	707
2002	28	4.4	615	95.6	643
Total	759	10.3	6633	89.7	7392

OS= otherwise specified; NOS= not otherwise specified; L= lymphoma

Kommentar: Antallet af tilfælde med uspecificeret histologi er faldet signifikant i perioden 1983-2002. Siden 1998 havde ca. 95% af alle registrerede tilfælde en specifik histologisk undertypediagnose. Dette hænger sammen med, at LYFO pr. primo 1998 overgik til et mere finmasket klassifikationssystem (fra Kiel/Working Formulation til REAL). For kommentar til enkelte histologiske grupper, se afsnit E ('Klinisk-patologiske egenskaber').

Tabel D3 og D4. Primære udredningsomfang, rtg. af thorax (D3) og lymfografi (D4).

	Rtg-us af thorax				Alle
	Nej		Ja		
	N	%	N	%	N
1983	5	2.7	183	97.3	188
1984	3	1.3	220	98.7	223
1985	7	3.1	217	96.9	224
1986	12	4.6	250	95.4	262
1987	12	4.2	275	95.8	287
1988	19	6.0	298	94.0	317
1989	23	7.5	282	92.5	305
1990	36	13.8	225	86.2	261
1991	22	7.6	266	92.4	288
1992	53	16.0	278	84.0	331
1993	45	13.4	292	86.6	337
1994	63	20.9	239	79.1	302
1995	52	16.0	272	84.0	324
1996	77	22.1	271	77.9	348
1997	69	20.2	273	79.8	342
1998	111	28.0	286	72.0	397
1999	151	31.7	325	68.3	476
2000	155	22.0	550	78.0	705
2001	193	27.5	509	72.5	702
2002	206	32.4	430	67.6	636
Total	1314	18.1	5941	81.9	7255

	Lymfografi				Alle
	Nej		Ja		
	N	%	N	%	N
1983	93	49.7	94	50.3	187
1984	138	62.2	84	37.8	222
1985	151	67.7	72	32.3	223
1986	172	66.4	87	33.6	259
1987	194	67.4	94	32.6	288
1988	227	71.4	91	28.6	318
1989	227	75.2	75	24.8	302
1990	226	86.6	35	13.4	261
1991	272	95.4	13	4.6	285
1992	325	98.2	6	1.8	331
1993	334	99.4	2	0.6	336
1994	296	99.7	1	0.3	297
1995	307	98.1	6	1.9	313
1996	335	99.1	3	0.9	338
1997	301	97.4	8	2.6	309
1998	8	100.0	0	0.0	8
1999	0	0	0	0	0
2000	0	0	0	0	0
2001	0	0	0	0	0
2002	0	0	0	0	0
Total	3606	84.3	671	15.7	4277

Kommentar: Der ses faldende brug af rtg. af thorax i den primære udredning (afløst af CT thorax?). Lymfografien, der i 1983 blev udført hos hver anden patient er gradvist gledet helt ud af lymfomudredningen og er erstattet fortrinsvist af CT-scanning.

Tabel D5 og D6. Primære udredningsomfang, CT af thorax (D5) og af abdomen (D6).

	CT-scanning (thorax)				Alle N
	Nej		Ja		
	N	%	N	%	
1983	112	59.6	76	40.4	188
1984	124	55.9	98	44.1	222
1985	133	59.6	90	40.4	223
1986	138	53.3	121	46.7	259
1987	171	59.6	116	40.4	287
1988	170	53.1	150	46.9	320
1989	118	38.8	186	61.2	304
1990	81	30.9	181	69.1	262
1991	101	35.1	187	64.9	288
1992	77	23.1	256	76.9	333
1993	65	19.3	271	80.7	336
1994	51	16.9	250	83.1	301
1995	70	21.5	256	78.5	326
1996	63	18.2	284	81.8	347
1997	48	14.1	292	85.9	340
1998	45	11.3	354	88.7	399
1999	72	15.0	409	85.0	481
2000	140	19.8	568	80.2	708
2001	99	14.1	603	85.9	702
2002	93	14.6	546	85.4	639
Total	1971	27.1	5294	72.9	7265

	CT-scanning (abdom)				Alle N
	Nej		Ja		
	N	%	N	%	
1983	101	53.7	87	46.3	188
1984	115	51.8	107	48.2	222
1985	113	50.7	110	49.3	223
1986	124	47.9	135	52.1	259
1987	152	52.8	136	47.2	288
1988	137	42.8	183	57.2	320
1989	92	30.3	212	69.7	304
1990	69	26.3	193	73.7	262
1991	85	29.5	203	70.5	288
1992	75	22.5	258	77.5	333
1993	57	17.0	279	83.0	336
1994	45	15.0	256	85.0	301
1995	64	19.6	262	80.4	326
1996	58	16.7	289	83.3	347
1997	44	12.9	297	87.1	341
1998	38	9.5	361	90.5	399
1999	49	10.2	432	89.8	481
2000	82	11.6	627	88.4	709
2001	54	7.7	650	92.3	704
2002	65	10.2	574	89.8	639
Total	1619	22.3	5651	77.7	7270

Kommentar: Anvendelsen af CT scanning i den primære lymfomudredning er fordoblet i perioden 1983-2002. I 2002 gennemgik omkring 90% af alle patienter CT scanning.

Tabel D7 og D8. Primære udredningsomfang, MR-scanning (D7) og laparotomi (D8).

	MR-scanning				All
	No		Yes		
	N	%	N	%	N
1983	0	0	0	0	0
1984	0	0	0	0	0
1985	0	0	0	0	0
1986	0	0	0	0	0
1987	0	0	0	0	0
1988	0	0	0	0	0
1989	1	100.0	0	0.0	1
1990	0	0	0	0	0
1991	2	100.0	0	0.0	2
1992	0	0	0	0	0
1993	1	100.0	0	0.0	1
1994	3	100.0	0	0.0	3
1995	8	100.0	0	0.0	8
1996	7	100.0	0	0.0	7
1997	26	92.9	2	7.1	28
1998	356	93.7	24	6.3	380
1999	452	94.6	26	5.4	478
2000	650	92.5	53	7.5	703
2001	619	88.9	77	11.1	696
2002	586	92.1	50	7.9	636
Total	2711	92.1	232	7.9	2943

	Laparotomi				All
	No		Yes		
	N	%	N	%	N
1983	155	82.4	33	17.6	188
1984	190	85.2	33	14.8	223
1985	201	89.7	23	10.3	224
1986	235	90.7	24	9.3	259
1987	252	88.1	34	11.9	286
1988	273	85.0	48	15.0	321
1989	260	86.1	42	13.9	302
1990	223	85.8	37	14.2	260
1991	255	88.9	32	11.1	287
1992	293	88.5	38	11.5	331
1993	310	92.3	26	7.7	336
1994	263	88.0	36	12.0	299
1995	301	94.1	19	5.9	320
1996	317	92.2	27	7.8	344
1997	296	87.3	43	12.7	339
1998	370	94.4	22	5.6	392
1999	446	93.3	32	6.7	478
2000	661	94.2	41	5.8	702
2001	639	92.7	50	7.3	689
2002	604	95.0	32	5.0	636
Total	6544	90.7	672	9.3	7216

Kommentar: Der foretages flere MR-scanninger, hvis systematisk registrering først begynder i 1998, og færre laparotomier. I starten af registreringsperioden (1983-1984), gennemgik ca. hver sjette patient en laparotomi som led i den primære udredning. I de senere år (2001-2002) forekommer laparotomien hos ca. 1 ud af 20 nydiagnosticerede patienter.

Tabel D9 og D10. Primære udredningsomfang, knoglemarvsbiopsi (D9) og cytogenetisk undersøgelse (D10).

	Knoglemarvsbiopsi				All N
	No		Yes		
	N	%	N	%	
1983	45	23.9	143	76.1	188
1984	53	23.8	170	76.2	223
1985	42	18.8	182	81.3	224
1986	39	15.1	219	84.9	258
1987	50	17.5	236	82.5	286
1988	43	13.4	279	86.6	322
1989	28	9.2	277	90.8	305
1990	34	13.1	226	86.9	260
1991	20	6.9	268	93.1	288
1992	24	7.2	309	92.8	333
1993	16	4.7	322	95.3	338
1994	18	6.0	283	94.0	301
1995	29	9.0	294	91.0	323
1996	25	7.2	324	92.8	349
1997	24	7.0	319	93.0	343
1998	33	8.3	367	91.8	400
1999	26	5.4	453	94.6	479
2000	43	6.1	665	93.9	708
2001	37	5.3	661	94.7	698
2002	27	4.2	614	95.8	641
Total	656	9.0	6611	91.0	7267

	Cytogenetisk us				All N
	No		Yes		
	N	%	N	%	
1983	0	0	0	0	0
1984	0	0	0	0	0
1985	0	0	0	0	0
1986	0	0	0	0	0
1987	0	0	0	0	0
1988	0	0	0	0	0
1989	1	100.0	0	0.0	1
1990	0	0	0	0	0
1991	2	100.0	0	0.0	2
1992	0	0	0	0	0
1993	1	100.0	0	0.0	1
1994	3	100.0	0	0.0	3
1995	6	85.7	1	14.3	7
1996	4	57.1	3	42.9	7
1997	24	82.8	5	17.2	29
1998	333	87.4	48	12.6	381
1999	408	85.5	69	14.5	477
2000	603	86.1	97	13.9	700
2001	574	84.4	106	15.6	680
2002	511	81.5	116	18.5	627
Total	2470	84.7	445	15.3	2915

Kommentar: Anvælsen af knoglemarvsbiopsi er steget i perioden 1983-2002 med en frekvens helt op på 96% i 2002. Gennemførelse af cytogenetisk analyse begyndte man først at registrere systematisk i 1998. I 2002 var det ca. 1/5 af alle NHL patienter der havde en cytogenetisk analyse registreret i deres primære udredning

Tabel D11. Antal patienter, der, af en eller anden årsag, ikke har modtaget primær behandling

	Alder								Alle
	<=60				>60				
	BEHANDLING GIVET				BEHANDLING GIVET				
	Nej		Ja		Nej		Ja		
N	%	N	%	N	%	N	%	N	
1983	5	6.8	68	93.2	15	12.1	109	87.9	197
1984	5	5.7	82	94.3	20	13.4	129	86.6	236
1985	0	0.0	81	100.0	22	14.3	132	85.7	235
1986	4	3.6	106	96.4	14	8.7	147	91.3	271
1987	1	0.9	115	99.1	22	12.2	158	87.8	296
1988	2	1.5	131	98.5	16	8.2	178	91.8	327
1989	4	3.5	110	96.5	7	3.6	185	96.4	306
1990	0	0.0	107	100.0	15	9.8	138	90.2	260
1991	4	3.7	105	96.3	18	10.2	159	89.8	286
1992	3	2.5	118	97.5	16	7.5	198	92.5	335
1993	4	2.8	138	97.2	16	8.2	179	91.8	337
1994	7	5.6	117	94.4	18	10.3	157	89.7	299
1995	9	6.3	134	93.7	18	9.6	170	90.4	331
1996	8	5.6	135	94.4	28	13.5	180	86.5	351
1997	13	9.4	126	90.6	19	9.6	179	90.4	337
1998	8	4.1	189	95.9	24	11.8	180	88.2	401
1999	11	6.0	173	94.0	31	12.9	209	87.1	424
2000	12	5.9	193	94.1	37	13.2	244	86.8	486
2001	2	6.9	27	93.1	12	10.7	100	89.3	141
2002	3	12.0	22	88.0	7	11.7	53	88.3	85
Total	105	4.4	2277	95.6	375	10.5	3184	89.5	5941

Kommentar: Ovenstående parameter er baseret på follow-up data, hvilket afspejles af faldende værdier for 2001 og 2002. Sammenligning mellem 1983 og 2000 viser stationære forhold for begge aldersgrupper (≤ 60 og >60 år) med hhv. 7% og 12% ikke behandlede patienter i 1983, og 6% og 13% i 2000.

E) Klinisk-patologiske egenskaber

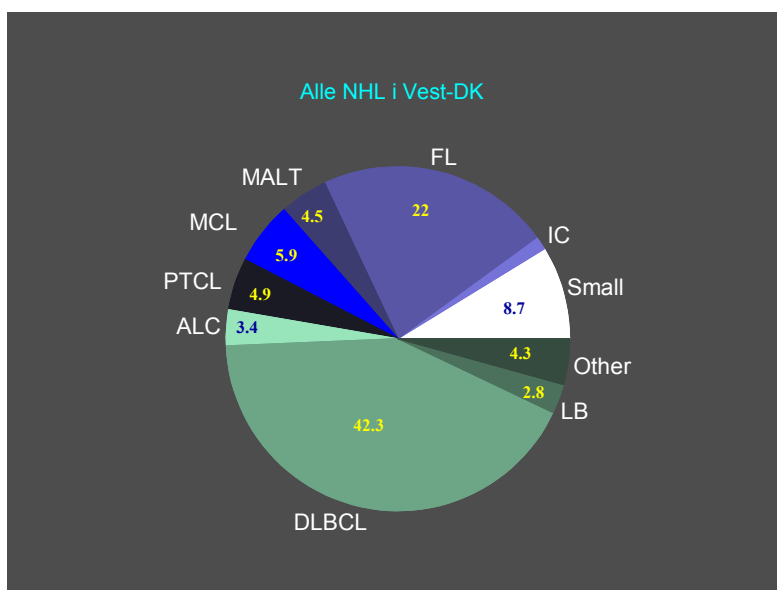


Fig. E1. Fordeling (%) af histologiske NHL undertyper (tal fra 1983-2000). FL = follikulær; IC = immunocytom; small = småcellet lymfocytær; LB = lymfoblastær; ALC = anaplastisk storcellet T/0; PTCL = perifert T-celle; MCL = mantle celle; MALT= mucosa-associeret

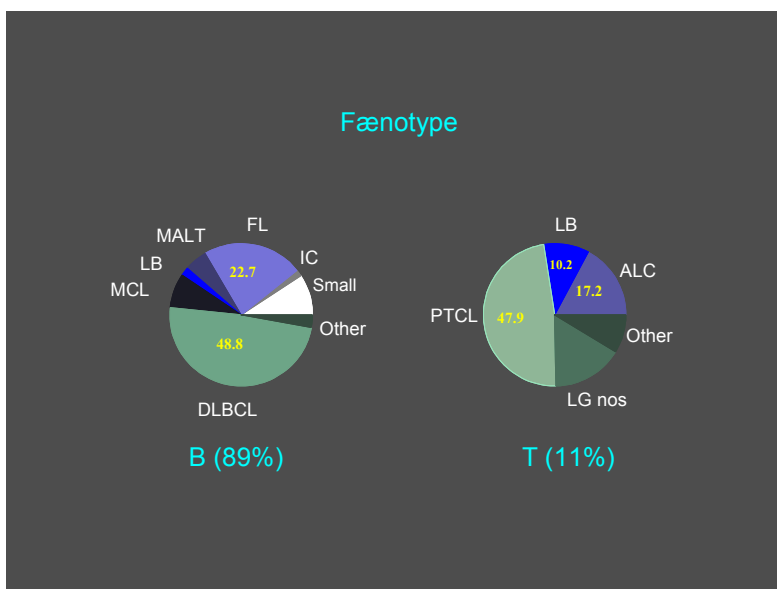


Fig. E2 B- versus T-celle fænotype og hertil relaterede histologiske undertyper (tal fra 1983-2000). LG nos = low-grade, not otherwise specified.

Kommentar: DLBCL og FL udgør tilsammen ca. 2/3 af alle NHL tilfælde (hhv. ca. 40% og 20%). B-celle fænotypen er ca. 9 gange hyppigere end T-celle fænotypen (hhv. ca. 90% og 10%).

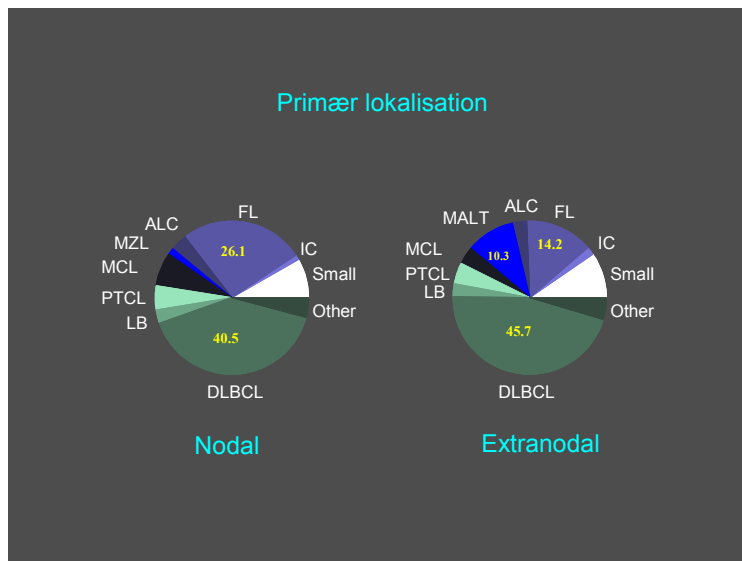


Fig. E3. Histologiske undertyper fordelt efter primær nodal eller extranodal lokalisation (tal fra 1983-2000). MZL = marginal-zone

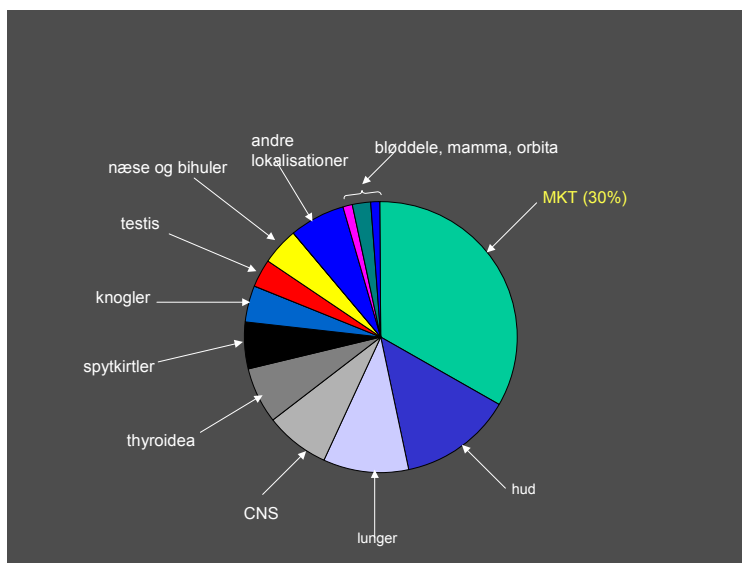


Fig. E4. Fordeling af primære extranodale tilfælde efter anatomisk lokalisation. MTK = mave-tarmkanal.

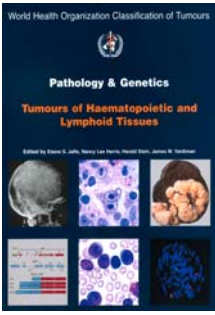
Kommentar: DLBCL er den hyppigste histologi ved både nodale og ekstranodale tilfælde. MTK er det organsystem, der oftest involveres ved ekstranodal sygdom.

Generel kommentar til Tabellerne E1-E7:

Tabellerne viser de forskellige histologiske undertyper (iht. WHO klassifikationen) fordelt efter udvalgte kliniske parametre. Af disse er alder og køn oplyst hos alle patienter (n= 7392). De øvrige kliniske parametre er oplyst hos de fleste, men ikke alle patienter.

Tabellerne anvender terminologien fra WHO klassifikationen, som er den klassifikation LYFO databasen er blevet konverteret til og gjort kompatibel med i 2004. Fig.E5 nedenfor giver læseren en oversigt over WHO's klassifikation for maligne lymfoproliferative sygdomme og Fig.E6 viser hvilke klassifikationssystemer, der er blevet anvendt i LYFO registret siden 1983.

Fig. E5. WHO klassifikation af maligne lymfomer (IARC Press, 2001)

	<p>B-cell neoplasms</p> <p>Precursor: B-lymphoblastic lymphoma/leukemia</p> <p>Mature B-cell neoplasms: CLL/small lymphocytic lymphoma B-cell prolymphocytic leukemia Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenström Splenic marginal zone lymphoma Hairy cell leukaemia Plasma cell neoplasms Extranodal marginal zone (MALT) lymphoma Nodal marginal zone lymphoma Follicular lymphoma (grade I, II, III) Mantle cell lymphoma Diffuse large B-cell lymphoma Mediastinal (thymic) large B-cell lymphoma Intravascular large B-cell lymphoma Primary effusion lymphoma Burkitt lymphoma</p>	<p>T-/NK-cell neoplasms</p> <p>Precursor: T-lymphoblastic lymphoma/leukemia</p> <p>Mature T/NK-cell neoplasms: T-PLL T-cell granular lymphocytic leukemia Aggressive NK-cell leukemia ATL (HTLV-1 +) Extranodal NK-/T-cell, nasal type Enteropathy-type Hepatosplenic gamma/delta Subcutaneous panniculitis-like ALC T/O, primary cutaneous Mycosis fungoides/SézaryPTCL, unspecified Angioimmunoblastic ALC T/O, primary systemic</p>
	<p>Hodgkin lymphoma</p> <p>Nodular lymphocytic predominance HL Classical HL - Nodular sclerosis HL - Mixed cellularity HL - Lymphocyte-rich classical HL - Lymphocyte depleted HL</p>	<p>Immunodeficiency associated Lymphoproliferative diseases</p> <p>LPD associated with primary immune disorders HIV-related lymphomas Post-transplant LPD Methotrexate-associated</p>

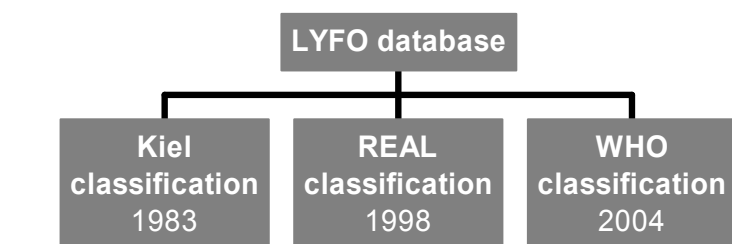


Fig. E6. Histologiske klassifikationer anvendt i LYFO over tid

Selv om WHO klassifikationen bør ses som en naturlig udvikling fra de foregående Kiel og REAL klassifikationer, er nogle af kriterierne og undertyperne nye og kan derfor ikke tilgodeses i en konvertering af de histopatologiske data fra 1983-2002. På grund af dette er der f.eks. ingen retrospektiv gradering af de follikulære lymfomer og de fleste perifere T-celle lymfomer er rubriceret under 'mature T/NK cell neoplasms', hvor det største antal tilfælde tilhører gruppen 'peripheral T-cell lymphoma (PTCL), unspecified'.

Tabel E1. Histologiske undertyper fordelt efter aldersgruppe (≤ 60 vs. >60 år)

Histologi (WHO)	ALDER				Alle N
	≤ 60 år		> 60 år		
	N	%	N	%	
Malignant lymphoma, NOS	19	46.3	22	53.7	41
Malignant non-Hodgkin lymphoma, NOS	262	36.5	456	63.5	718
Classical Hodgkin lymphoma	12	52.2	11	47.8	23
Lymphocyte-rich classical Hodgkin lymphoma	14	82.4	3	17.6	17
Mixed cellularity classical Hodgkin lymphoma	45	57.0	34	43.0	79
Lymphocyte-depleted classical Hodgkin lymphoma	2	100.0	0	0.0	2
Nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma	16	80.0	4	20.0	20
Nodular sclerosis classical Hodgkin lymphoma	219	79.1	58	20.9	277
Small lymphocytic lymphoma	67	26.1	190	73.9	257
Lymphoplasmacytic lymphoma	105	26.4	293	73.6	398
Mantle cell lymphoma	117	28.7	290	71.3	407
Primary effusion lymphoma	0	0	0	0	0
Mediastinal (thymic) large B-cell lymphoma	8	66.7	4	33.3	12
Diffuse large B-cell lymphoma	978	34.8	1835	65.2	2813
Burkitt lymphoma	55	77.5	16	22.5	71
Splenic marginal zone lymphoma	0	0	0	0	0
Follicular lymphoma (all grades)	715	55.6	570	44.4	1285
Marginal zone B-cell lymphoma	126	39.6	192	60.4	318
Mycosis fungoides	17	40.5	25	59.5	42
Sezary syndrome	0	0	0	0	0
Mature T-cell and NK-cell neoplasms	112	39.6	171	60.4	283
Angioimmunoblastic T-cell lymphoma	4	16.0	21	84.0	25
Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma	0	0	0	0	0
Anaplastic large cell lymphoma	115	57.5	85	42.5	200
Hepatosplenic T-cell lymphoma	0	0	0	0	0
Enteropathy-type T-cell lymphoma	0	0	0	0	0
Lymphomatoid papulosis	0	0	0	0	0
Extranodal NK/Tcell lymphoma, nasal type	6	75.0	2	25.0	8
Blastic NK cell lymphoma	0	0	0	0	0
Precursor B lymphoblastic lymphoma	2	100.0	0	0.0	2
Precursor T-lymphoblastic lymphoma	74	78.7	20	21.3	94
Lymphomatoid granulomatosis	0	0	0	0	0
Adult T-cell lymphoma	0	0	0	0	0
Post-transplant lymphoproliferative disorder, polymorphic	0	0	0	0	0
Total	3090	41.8	4302	58.2	7392

Table E2. Histologiske undertyper fordelt efter køn

Histologi (WHO)	KQN				Alle N
	Mænd		Kvinder		
	N	%	N	%	
Malignant lymphoma, NOS	24	58.5	17	41.5	41
Malignant non-Hodgkin lymphoma, NOS	360	50.1	358	49.9	718
Classical Hodgkin lymphoma	14	60.9	9	39.1	23
Lymphocyte-rich classical Hodgkin lymphoma	13	76.5	4	23.5	17
Mixed cellularity classical Hodgkin lymphoma	61	77.2	18	22.8	79
Lymphocyte-depleted classical Hodgkin lymphoma	2	100.0	0	0.0	2
Nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma	13	65.0	7	35.0	20
Nodular sclerosis classical Hodgkin lymphoma	138	49.8	139	50.2	277
Small lymphocytic lymphoma	144	56.0	113	44.0	257
Lymphoplasmacytic lymphoma	227	57.0	171	43.0	398
Mantle cell lymphoma	282	69.3	125	30.7	407
Primary effusion lymphoma	0	0	0	0	0
Mediastinal (thymic) large B-cell lymphoma	7	58.3	5	41.7	12
Diffuse large B-cell lymphoma	1499	53.3	1314	46.7	2813
Burkitt lymphoma	46	64.8	25	35.2	71
Splenic marginal zone lymphoma	0	0	0	0	0
Follicular lymphoma	569	44.3	716	55.7	1285
Marginal zone B-cell lymphoma	153	48.1	165	51.9	318
Mycosis fungoides	24	57.1	18	42.9	42
Sezary syndrome	0	0	0	0	0
Mature T-cell and NK-cell neoplasms	171	60.4	112	39.6	283
Angioimmunoblastic T-cell lymphoma	13	52.0	12	48.0	25
Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma	0	0	0	0	0
Anaplastic large cell lymphoma	118	59.0	82	41.0	200
Hepatosplenic T-cell lymphoma	0	0	0	0	0
Enteropathy-type T-cell lymphoma	0	0	0	0	0
Lymphomatoid papulosis	0	0	0	0	0
Extranodal NK/Tcell lymphoma, nasal type	7	87.5	1	12.5	8
Blastic NK cell lymphoma	0	0	0	0	0
Precursor B lymphoblastic lymphoma	0	0.0	2	100.0	2
Precursor T-lymphoblastic lymphoma	65	69.1	29	30.9	94
Lymphomatoid granulomatosis	0	0	0	0	0
Adult T-cell lymphoma	0	0	0	0	0
Post-transplant lymphoproliferative disorder, polymorphic	0	0	0	0	0
Total	3950	53.4	3442	46.6	7392

Table E3. Histologiske undertyper fordelt efter klinisk stadie (lokaliseret sygdom=st I-II vs. dissemineret sygdom=st III-IV)

Histologi (WHO)	Klinisk Stadie				Alle
	I-II		III-IV		
	N	%	N	%	N
Malignant lymphoma, NOS	16	44.4	20	55.6	36
Malignant non-Hodgkin lymphoma, NOS	263	38.8	415	61.2	678
Classical Hodgkin lymphoma	9	39.1	14	60.9	23
Lymphocyte-rich classical Hodgkin lymphoma	12	70.6	5	29.4	17
Mixed cellularity classical Hodgkin lymphoma	54	68.4	25	31.6	79
Lymphocyte-depleted classical Hodgkin lymphoma	1	50.0	1	50.0	2
Nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma	16	80.0	4	20.0	20
Nodular sclerosis classical Hodgkin lymphoma	176	64.2	98	35.8	274
Small lymphocytic lymphoma	20	8.0	230	92.0	250
Lymphoplasmacytic lymphoma	50	12.8	342	87.2	392
Mantle cell lymphoma	95	23.8	305	76.3	400
Primary effusion lymphoma	0	0	0	0	0
Mediastinal (thymic) large B-cell lymphoma	5	41.7	7	58.3	12
Diffuse large B-cell lymphoma	1358	50.0	1358	50.0	2716
Burkitt lymphoma	19	26.8	52	73.2	71
Splenic marginal zone lymphoma	0	0	0	0	0
Follicular lymphoma	459	35.9	819	64.1	1278
Marginal zone B-cell lymphoma	203	67.0	100	33.0	303
Mycosis fungoides	9	36.0	16	64.0	25
Sezary syndrome	0	0	0	0	0
Mature T-cell and NK-cell neoplasms	93	33.5	185	66.5	278
Angioimmunoblastic T-cell lymphoma	2	8.0	23	92.0	25
Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma	0	0	0	0	0
Anaplastic large cell lymphoma	89	45.4	107	54.6	196
Hepatosplenic T-cell lymphoma	0	0	0	0	0
Enteropathy-type T-cell lymphoma	0	0	0	0	0
Lymphomatoid papulosis	0	0	0	0	0
Extranodal NK/Tcell lymphoma, nasal type	4	50.0	4	50.0	8
Blastic NK cell lymphoma	0	0	0	0	0
Precursor B lymphoblastic lymphoma	0	0.0	2	100.0	2
Precursor T-lymphoblastic lymphoma	32	34.0	62	66.0	94
Lymphomatoid granulomatosis	0	0	0	0	0
Adult T-cell lymphoma	0	0	0	0	0
Post-transplant lymphoproliferative disorder, polymorphic	0	0	0	0	0
Total	2985	41.6	4194	58.4	7179

Tabel E4. Histologiske undertyper fordelt efter fravær eller tilstedeværelse af B-symptomer

Histologi (WHO)	B-symptomer				Alle
	No		Yes		
	N	%	N	%	
Malignant lymphoma, NOS	24	63.2	14	36.8	38
Malignant non-Hodgkin lymphoma, NOS	380	56.0	298	44.0	678
Classical Hodgkin lymphoma	10	43.5	13	56.5	23
Lymphocyte-rich classical Hodgkin lymphoma	15	88.2	2	11.8	17
Mixed cellularity classical Hodgkin lymphoma	46	58.2	33	41.8	79
Lymphocyte-depleted classical Hodgkin lymphoma	2	100.0	0	0.0	2
Nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma	16	80.0	4	20.0	20
Nodular sclerosis classical Hodgkin lymphoma	132	47.8	144	52.2	276
Small lymphocytic lymphoma	172	68.3	80	31.7	252
Lymphoplasmacytic lymphoma	275	70.9	113	29.1	388
Mantle cell lymphoma	224	55.7	178	44.3	402
Primary effusion lymphoma	0	0	0	0	0
Mediastinal (thymic) large B-cell lymphoma	5	41.7	7	58.3	12
Diffuse large B-cell lymphoma	1698	62.1	1036	37.9	2734
Burkitt lymphoma	35	50.0	35	50.0	70
Splenic marginal zone lymphoma	0	0	0	0	0
Follicular lymphoma	971	76.2	304	23.8	1275
Marginal zone B-cell lymphoma	231	73.6	83	26.4	314
Mycosis fungoides	39	95.1	2	4.9	41
Sezary syndrome	0	0	0	0	0
Mature T-cell and NK-cell neoplasms	132	47.3	147	52.7	279
Angioimmunoblastic T-cell lymphoma	9	36.0	16	64.0	25
Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma	0	0	0	0	0
Anaplastic large cell lymphoma	89	45.2	108	54.8	197
Hepatosplenic T-cell lymphoma	0	0	0	0	0
Enteropathy-type T-cell lymphoma	0	0	0	0	0
Lymphomatoid papulosis	0	0	0	0	0
Extranodal NK/Tcell lymphoma, nasal type	6	75.0	2	25.0	8
Blastic NK cell lymphoma	0	0	0	0	0
Precursor B lymphoblastic lymphoma	2	100.0	0	0.0	2
Precursor T-lymphoblastic lymphoma	49	53.8	42	46.2	91
Lymphomatoid granulomatosis	0	0	0	0	0
Adult T-cell lymphoma	0	0	0	0	0
Post-transplant lymphoproliferative disorder, polymorphic	0	0	0	0	0
Total	4562	63.2	2661	36.8	7223

Tabel E5. Histologiske undertyper fordelt efter primær nodal eller ekstranodal sygdomslokalisering

Histologi (WHO)	Dominant sygdomslokalisering						All
	Nodal		Ekstranod		Både/og		
	N	%	N	%	N	%	N
Malignant lymphoma, NOS	15	36.6	16	39.0	10	24.4	41
Malignant non-Hodgkin lymphoma, NOS	329	45.8	302	42.1	87	12.1	718
Classical Hodgkin lymphoma	19	82.6	0	0.0	4	17.4	23
Lymphocyte-rich classical Hodgkin lymphoma	16	94.1	1	5.9	0	0.0	17
Mixed cellularity classical Hodgkin lymphoma	67	84.8	2	2.5	10	12.7	79
Lymphocyte-depleted classical Hodgkin lymphoma	2	100.0	0	0.0	0	0.0	2
Nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma	20	100.0	0	0.0	0	0.0	20
Nodular sclerosis classical Hodgkin lymphoma	238	85.9	10	3.6	29	10.5	277
Small lymphocytic lymphoma	159	61.9	46	17.9	52	20.2	257
Lymphoplasmacytic lymphoma	135	33.9	218	54.8	45	11.3	398
Mantle cell lymphoma	258	63.4	82	20.1	67	16.5	407
Primary effusion lymphoma	0	0	0	0	0	0	0
Mediastinal (thymic) large B-cell lymphoma	7	58.3	0	0.0	5	41.7	12
Diffuse large B-cell lymphoma	1412	50.2	1015	36.1	385	13.7	2812
Burkitt lymphoma	31	43.7	22	31.0	18	25.4	71
Splenic marginal zone lymphoma	0	0	0	0	0	0	0
Follicular lymphoma	993	77.3	173	13.5	119	9.3	1285
Marginal zone B-cell lymphoma	50	15.7	237	74.5	31	9.7	318
Mycosis fungoides	2	4.8	39	92.9	1	2.4	42
Sezary syndrome	0	0	0	0	0	0	0
Mature T-cell and NK-cell neoplasms	169	59.7	84	29.7	30	10.6	283
Angioimmunoblastic T-cell lymphoma	14	56.0	0	0.0	11	44.0	25
Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma	0	0	0	0	0	0	0
Anaplastic large cell lymphoma	119	59.5	59	29.5	22	11.0	200
Hepatosplenic T-cell lymphoma	0	0	0	0	0	0	0
Enteropathy-type T-cell lymphoma	0	0	0	0	0	0	0
Lymphomatoid papulosis	0	0	0	0	0	0	0
Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type	1	12.5	5	62.5	2	25.0	8
Blastic NK cell lymphoma	0	0	0	0	0	0	0
Precursor B lymphoblastic lymphoma	0	0.0	2	100.0	0	0.0	2
Precursor T-lymphoblastic lymphoma	58	61.7	27	28.7	9	9.6	94
Lymphomatoid granulomatosis	0	0	0	0	0	0	0
Adult T-cell lymphoma	0	0	0	0	0	0	0
Post-transplant lymphoproliferative disorder, polymorphic	0	0	0	0	0	0	0
Total	4114	55.7	2340	31.7	937	12.7	7391

Tabel E6. Histologiske undertyper fordelt efter serum-lactatdehydrogenase (s-LDH) værdi (normal vs. forhøjet) ved diagnose

Histologi (WHO)	s-LDH				Alle N
	Normal		Forhøjet		
	N	%	N	%	
Malignant lymphoma, NOS	28	75.7	9	24.3	37
Malignant non-Hodgkin lymphoma, NOS	405	62.9	239	37.1	644
Classical Hodgkin lymphoma	19	82.6	4	17.4	23
Lymphocyte-rich classical Hodgkin lymphoma	15	93.8	1	6.3	16
Mixed cellularity classical Hodgkin lymphoma	60	75.9	19	24.1	79
Lymphocyte-depleted classical Hodgkin lymphoma	2	100.0	0	0.0	2
Nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma	18	90.0	2	10.0	20
Nodular sclerosis classical Hodgkin lymphoma	235	86.7	36	13.3	271
Small lymphocytic lymphoma	193	78.5	53	21.5	246
Lymphoplasmacytic lymphoma	310	82.9	64	17.1	374
Mantle cell lymphoma	254	65.5	134	34.5	388
Primary effusion lymphoma	0	0	0	0	0
Mediastinal (thymic) large B-cell lymphoma	2	16.7	10	83.3	12
Diffuse large B-cell lymphoma	1586	59.0	1102	41.0	2688
Burkitt lymphoma	12	17.6	56	82.4	68
Splenic marginal zone lymphoma	0	0	0	0	0
Follicular lymphoma	1040	84.6	190	15.4	1230
Marginal zone B-cell lymphoma	279	90.6	29	9.4	308
Mycosis fungoides	26	96.3	1	3.7	27
Sezary syndrome	0	0	0	0	0
Mature T-cell and NK-cell neoplasms	151	55.9	119	44.1	270
Angioimmunoblastic T-cell lymphoma	9	36.0	16	64.0	25
Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma	0	0	0	0	0
Anaplastic large cell lymphoma	114	59.7	77	40.3	191
Hepatosplenic T-cell lymphoma	0	0	0	0	0
Enteropathy-type T-cell lymphoma	0	0	0	0	0
Lymphomatoid papulosis	0	0	0	0	0
Extranodal NK/Tcell lymphoma, nasal type	4	50.0	4	50.0	8
Blastic NK cell lymphoma	0	0	0	0	0
Precursor B lymphoblastic lymphoma	0	0.0	2	100.0	2
Precursor T-lymphoblastic lymphoma	24	26.7	66	73.3	90
Lymphomatoid granulomatosis	0	0	0	0	0
Adult T-cell lymphoma	0	0	0	0	0
Post-transplant lymphoproliferative disorder, polymorphic	0	0	0	0	0
Total	4786	68.2	2233	31.8	7019

Tabel E7. Histologiske undertyper fordelt efter WHO's performance score (god= score 0-1 vs. dårlig= score 2-4)

Histologi (WHO)	PS (WHO skala 0-4)				All N
	God (0-1)		Dårlig (2-4)		
	N	%	N	%	
Malignant lymphoma, NOS	26	63.4	15	36.6	41
Malignant non-Hodgkin lymphoma, NOS	453	64.1	254	35.9	707
Classical Hodgkin lymphoma	16	69.6	7	30.4	23
Lymphocyte-rich classical Hodgkin lymphoma	16	94.1	1	5.9	17
Mixed cellularity classical Hodgkin lymphoma	66	83.5	13	16.5	79
Lymphocyte-depleted classical Hodgkin lymphoma	2	100.0	0	0.0	2
Nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma	19	95.0	1	5.0	20
Nodular sclerosis classical Hodgkin lymphoma	244	88.1	33	11.9	277
Small lymphocytic lymphoma	201	78.8	54	21.2	255
Lymphoplasmacytic lymphoma	291	73.7	104	26.3	395
Mantle cell lymphoma	290	72.1	112	27.9	402
Primary effusion lymphoma	0	0	0	0	0
Mediastinal (thymic) large B-cell lymphoma	11	91.7	1	8.3	12
Diffuse large B-cell lymphoma	1798	64.3	1000	35.7	2798
Burkitt lymphoma	37	52.1	34	47.9	71
Splenic marginal zone lymphoma	0	0	0	0	0
Follicular lymphoma	1146	89.7	132	10.3	1278
Marginal zone B-cell lymphoma	265	83.9	51	16.1	316
Mycosis fungoides	37	88.1	5	11.9	42
Sezary syndrome	0	0	0	0	0
Mature T-cell and NK-cell neoplasms	181	64.0	102	36.0	283
Angioimmunoblastic T-cell lymphoma	11	44.0	14	56.0	25
Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma	0	0	0	0	0
Anaplastic large cell lymphoma	134	67.0	66	33.0	200
Hepatosplenic T-cell lymphoma	0	0	0	0	0
Enteropathy-type T-cell lymphoma	0	0	0	0	0
Lymphomatoid papulosis	0	0	0	0	0
Extranodal NK/Tcell lymphoma, nasal type	6	75.0	2	25.0	8
Blastic NK cell lymphoma	0	0	0	0	0
Precursor B lymphoblastic lymphoma	1	50.0	1	50.0	2
Precursor T-lymphoblastic lymphoma	58	62.4	35	37.6	93
Lymphomatoid granulomatosis	0	0	0	0	0
Adult T-cell lymphoma	0	0	0	0	0
Post-transplant lymphoproliferative disorder, polymorphic	0	0	0	0	0
Total	5309	72.3	2037	27.7	7346

F) Prognostiske faktorer

Forløbet af malignt lymfom afhænger ikke alene af lymfomundertypen, men også af en række prognostiske faktorer, som generelt enten er et udtryk for tumorbyrde og udbredning (for eks. klinisk stadie, s-LDH, antal ekstranodale lokalisationer) eller er knyttet til værtsorganismens tilstand (for eks. patientens 'performance score' eller alder).

Den daglige kliniske anvendelse af disse prognostiske faktorer har ført til opstilling af et internationalt accepteret og bredt anvendt prognostisk indikatorsystem, det såkaldte International Prognostic Index (IPI, først offentliggjort i New England Journal of Medicine i 1993). IPI er udarbejdet som et prognostisk index for lymfomer af aggressiv histologi, dvs. fortrinsvist DLBCL. En af de store fordele ved et bredt anvendt prognostisk index som IPI er muligheden for en meningsfyldt sammenligning af forskellige patientpopulationer.

Et nyt prognostisk Index for FL, det såkaldte 'Follicular Lymphoma International Prognostic Index', er for nylig også blevet foreslået., men aktuelt stadig under validering.

International Prognostic Index - IPI

Dårlige prognostika	Risikogrupper	Antal risikofaktorer
alder>60	1) lav	0-1
diss. sygdom (stadie>II)	2) lav-intermediær	2
PS (WHO) >1	3) intermediær-høj	3
forhøjet s-LDH	4) høj	4-5
>1 extranodal lok.		

Tabel F1. DLBCL fordelt efter IPI (4 risikogrupper: lav, lav-intermediær, intermediær-høj, høj), geografisk område og 5-års tidskohorter

F1	Øst-DK										Vest-DK								
	IPI (4 grupper)										IPI (4 grupper)								
	Lav		Lav-Interm		Høj-Interm		Høj		Alle	Lav		Lav-Interm		Høj-Interm		Høj		Alle	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
1983-1987	0	0	0	0	0	0	0	0	0	148	33.6	138	31.3	86	19.5	69	15.6	441	
1988-1992	0	0	0	0	0	0	0	0	0	256	44.1	123	21.2	101	17.4	101	17.4	581	
1993-1997	0	0	0	0	0	0	0	0	0	275	39.5	178	25.6	138	19.8	105	15.1	696	
1998-2002	108	39.6	75	27.5	38	13.9	52	19.0	273	324	38.8	219	26.3	151	18.1	140	16.8	834	
Total	108	39.6	75	27.5	38	13.9	52	19.0	273	1003	39.3	658	25.8	476	18.7	415	16.3	2552	

Tabel F2 og F3. DLBCL fordelt efter IPI (F2) og aldersjusteret IPI (F3) (2 risikogrupper: lav+ lav-intermediær vs intermediær-høj+ høj), geografisk område og 5-års tidskohorter

F 2	Øst-DK					Vest-DK				
	IPI (2 grupper)					IPI (2 grupper)				
	Lav		Høj		Alle	Lav		Høj		Alle
	N	%	N	%	N	N	%	N	%	N
1983-1987	0	0	0	0	0	286	64.9	155	35.1	441
1988-1992	0	0	0	0	0	379	65.2	202	34.8	581
1993-1997	0	0	0	0	0	453	65.1	243	34.9	696
1998-2002	183	67.0	90	33.0	273	543	65.1	291	34.9	834
Total	183	67.0	90	33.0	273	1661	65.1	891	34.9	2552

F 3	Øst-DK					Vest-DK				
	Aldersjusteret IPI (2 grupper)					Aldersjusteret IPI (2 grupper)				
	Low		High		Alle	Low		High		Alle
	N	%	N	%	N	N	%	N	%	N
1983-1987	0	0	0	0	0	83	63.4	48	36.6	131
1988-1992	0	0	0	0	0	145	72.5	55	27.5	200
1993-1997	0	0	0	0	0	159	62.1	97	37.9	256
1998-2002	70	68.6	32	31.4	102	180	60.6	117	39.4	297
Total	70	68.6	32	31.4	102	567	64.1	317	35.9	884

Kommentar: Stabil fordeling af risikogrupper uden større ændringer over tid.

Tabel F4 og F5. DLBCL fordelt efter IPI (4 risikogrupper: lav, lav-intermediær, intermediær-høj, høj) og behandlende afdeling.

F4	IPI (4 grupper)								Alle N
	Lav		Lav-Interm		Høj-Interm		Høj		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
RH	56	42.1	38	28.6	12	9.0	27	20.3	133
Herlev	24	31.6	21	27.6	17	22.4	14	18.4	76
Hillerød	19	46.3	11	26.8	4	9.8	7	17.1	41
Roskilde	5	55.6	2	22.2	1	11.1	1	11.1	9
Næstved	3	37.5	3	37.5	1	12.5	1	12.5	8
Oth-east	1	16.7	0	0.0	3	50.0	2	33.3	6
Odense	274	40.1	178	26.0	132	19.3	100	14.6	684
Hadersl	38	38.8	26	26.5	16	16.3	18	18.4	98
Esbjerg	58	45.0	32	24.8	25	19.4	14	10.9	129
Vejle	47	42.0	34	30.4	14	12.5	17	15.2	112
Holstebr	50	44.6	30	26.8	16	14.3	16	14.3	112
Århus	285	38.3	170	22.8	142	19.1	148	19.9	745
Viborg	48	39.0	37	30.1	21	17.1	17	13.8	123
Ålborg	199	38.8	134	26.1	102	19.9	78	15.2	513
Oth-west	4	11.1	17	47.2	8	22.2	7	19.4	36
Total	1111	39.3	733	25.9	514	18.2	467	16.5	2825

F5	IPI(2 grupper)				Alle N
	Lav		Høj		
	N	%	N	%	
RH	94	70.7	39	29.3	133
Herlev	45	59.2	31	40.8	76
Hillerød	30	73.2	11	26.8	41
Roskilde	7	77.8	2	22.2	9
Næstved	6	75.0	2	25.0	8
Oth-east	1	16.7	5	83.3	6
Odense	452	66.1	232	33.9	684
Hadersl	64	65.3	34	34.7	98
Esbjerg	90	69.8	39	30.2	129
Vejle	81	72.3	31	27.7	112
Holstebr	80	71.4	32	28.6	112
Århus	455	61.1	290	38.9	745
Viborg	85	69.1	38	30.9	123
Ålborg	333	64.9	180	35.1	513
Oth-west	21	58.3	15	41.7	36
Total	1844	65.3	981	34.7	2825

Kommentar: IPI risikogrupper er ligeligt fordelt mellem de største centre. Ca. 60-70% af patienterne er i lavrisiko-grupperne (lav og lav-intermediær) og ca. 30-40% i højrisiko-grupperne (intermediær-høj og høj)

Tabel F6 og F7. FL fordelt efter FLIPI risikogrupper og geografisk område (F6) eller FLIPI risikogrupper og behandlende center (F7)

F6	Øst-DK							Vest-DK						
	FLIPI (3 grupper)							FLIPI (3 grupper)						
	Lav (0-1)		Interm (2-3)		Høj (>=4)		Alle	Lav (0-1)		Interm (2-3)		Høj (>=4)		Alle
	N	%	N	%	N	%	N	N	%	N	%	N	%	N
1983-1987	0	0	0	0	0	0	0	64	29.6	108	50.0	44	20.4	216
1988-1992	0	0	0	0	0	0	0	94	37.0	104	40.9	56	22.0	254
1993-1997	0	0	0	0	0	0	0	100	33.2	128	42.5	73	24.3	301
1998-2002	51	33.1	68	44.2	35	22.7	154	121	33.6	149	41.4	90	25.0	360
Total	51	33.1	68	44.2	35	22.7	154	379	33.5	489	43.2	263	23.3	1131

F7	FLIPI (3 grupper)						
	Lav (0-1)		Interm (2-3)		Høj (>=4)		Alle
	N	%	N	%	N	%	N
RH	23	39.0	21	35.6	15	25.4	59
Herlev	16	36.4	21	47.7	7	15.9	44
Hillerød	7	21.9	14	43.8	11	34.4	32
Roskilde	2	22.2	6	66.7	1	11.1	9
Næstved	2	33.3	3	50.0	1	16.7	6
Oth-east	1	25.0	3	75.0	0	0.0	4
Odense	81	31.8	119	46.7	55	21.6	255
Hadersl	15	35.7	17	40.5	10	23.8	42
Esbjerg	22	38.6	20	35.1	15	26.3	57
Vejle	39	44.8	37	42.5	11	12.6	87
Holstebr	23	37.1	23	37.1	16	25.8	62
Århus	104	30.4	150	43.9	88	25.7	342
Viborg	24	30.4	34	43.0	21	26.6	79
Ålborg	68	34.5	85	43.1	44	22.3	197
Oth-west	3	30.0	4	40.0	3	30.0	10
Total	430	33.5	557	43.3	298	23.2	1285

Kommentar: Ligesom for IPI ved DLBCL, synes FLIPI grupperne ved FL også at være ligeligt fordelt mellem de største centre.

G) Overlevelse

Generel kommentar om kriterier for gruppering, emnevalg og præsentationsform:

Overlevelsesanalyserne præsenteres i to hovedafsnit:

et ('ikke center-specifikke overlevelsesanalyser') hvor diverse klassiske klinisk-patologiske parametre præsenteres enten enkeltvis eller kombineret, dog med den samlede vstdanske NHL population som baggrund.

I det andet afsnit (center-specifikke overlevelsesanalyser) vises de samme parametre og overlevelsesanalyser i specifik relation til de behandlende afdelinger.

Baggrundsmaterialet som analyserne tager udgangspunkt i, er for de fleste analysers vedkommende den vstdanske NHL population. Dette skyldes den stadig meget korte follow-up af østdanske patienter, begyndte registreringen i LYFO databasen i 1999 (jf. Fig. A1). Fra næste år vil vi kunne inkludere opfølgingsdata også på østdanske patienter.

I den center-specifikke del vises data for de 3 afdelinger med centerfunktion, dvs. Odense, Ålborg og Århus. Desuden analyseres også en fjerde gruppe defineret som 'Andre', der indeholder de amtshæmatologiske afdelinger, hvis andel i NHL patientbehandlingen er steget markant i de senere år.

I præsentationsformen har vi bl.a. ønsket at formidle, hvorvidt optimeringen af kemo- og radioterapi have bragt forbedringer i form af forlænget overlevelse til vores NHL patienter. Til dette formål har vi delt data-materialet op i to kohorter, den ene fra midt i 80'erne (1985-1987) og den anden fra sidst i 90'erne (1997-1999)

► Ikke center-specifikke overlevelsesanalyser

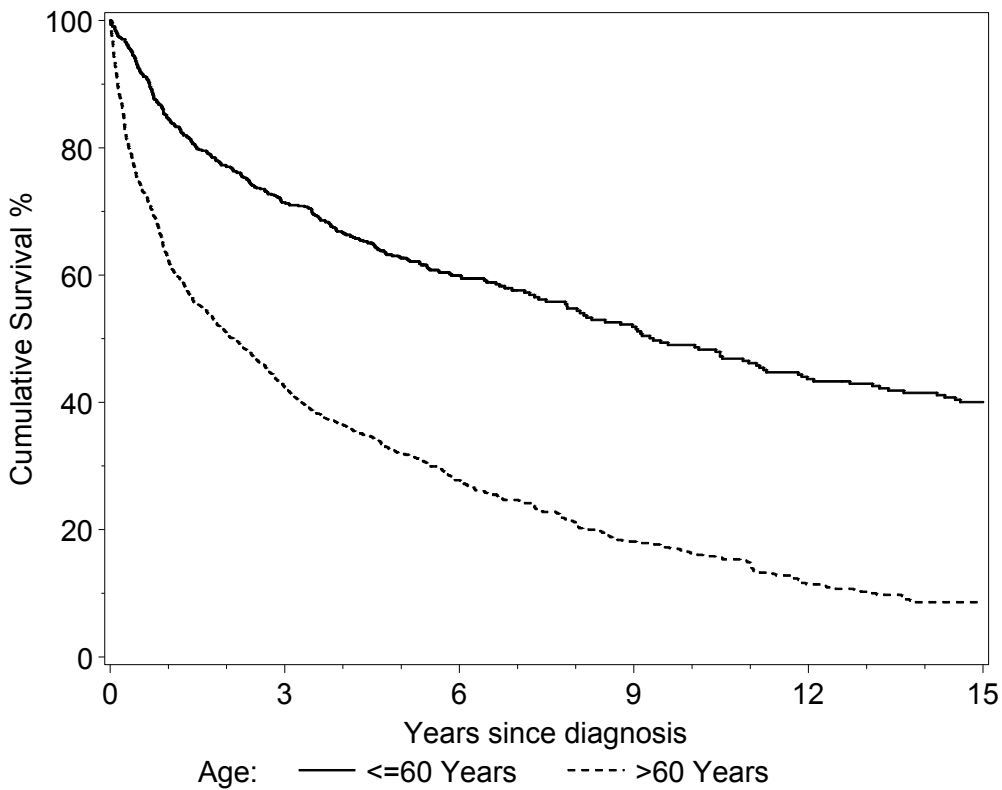


Fig.G1. Overlevelse relateret til aldersgruppe (NHL Vest-DK)

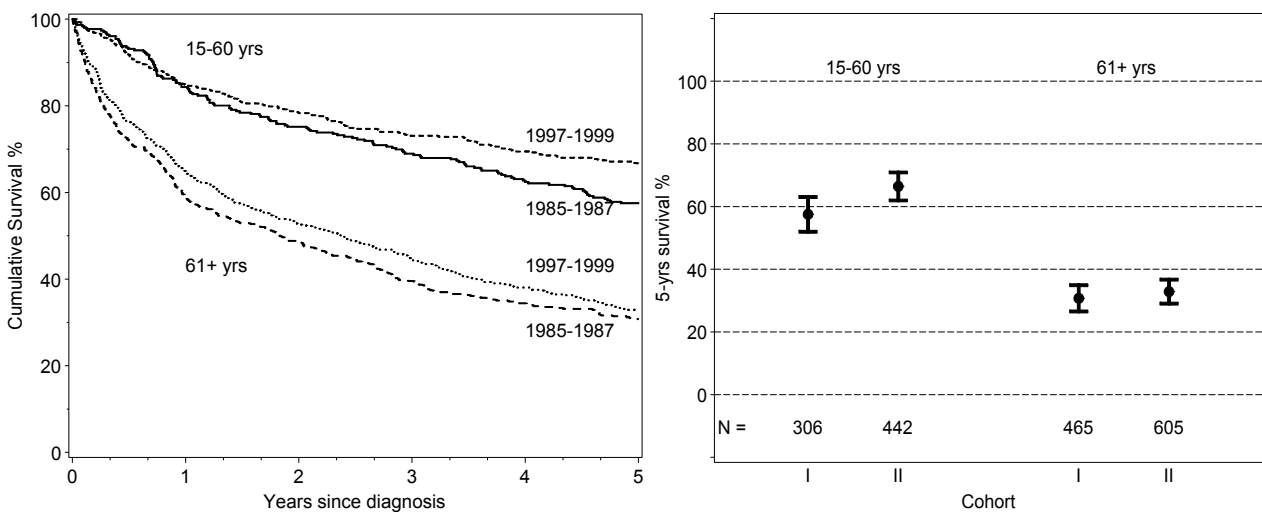


Fig.G2. 5-års overlevelse for aldersgrupper opdelt på kohorter iht. diagnoseår (I=1985-87, II=1997-99) (NHL Vest-DK)

Kommentar: 5-års overlevelsen for patienter ≤60 år er forbedret signifikant over de 10-15 år dækket af de to tidskohorter. For ældre patienter er denne forbedring knap så tydelig.

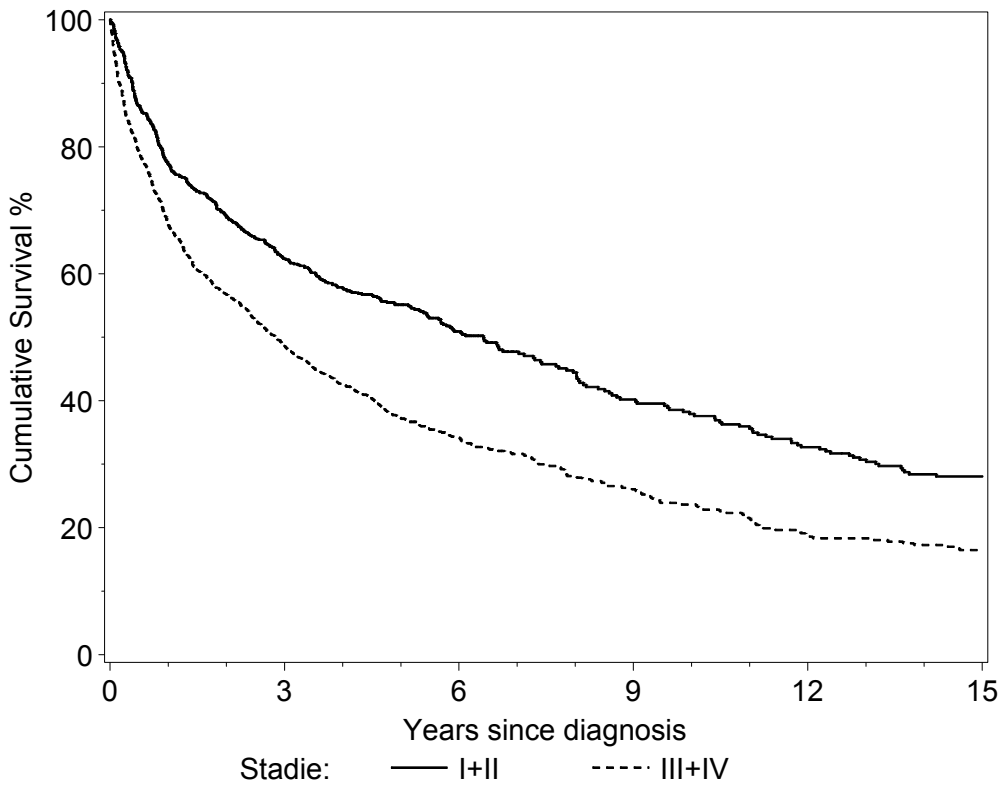


Fig.G3. Overlevelse relateret til klinisk stadie (NHL Vest-DK)

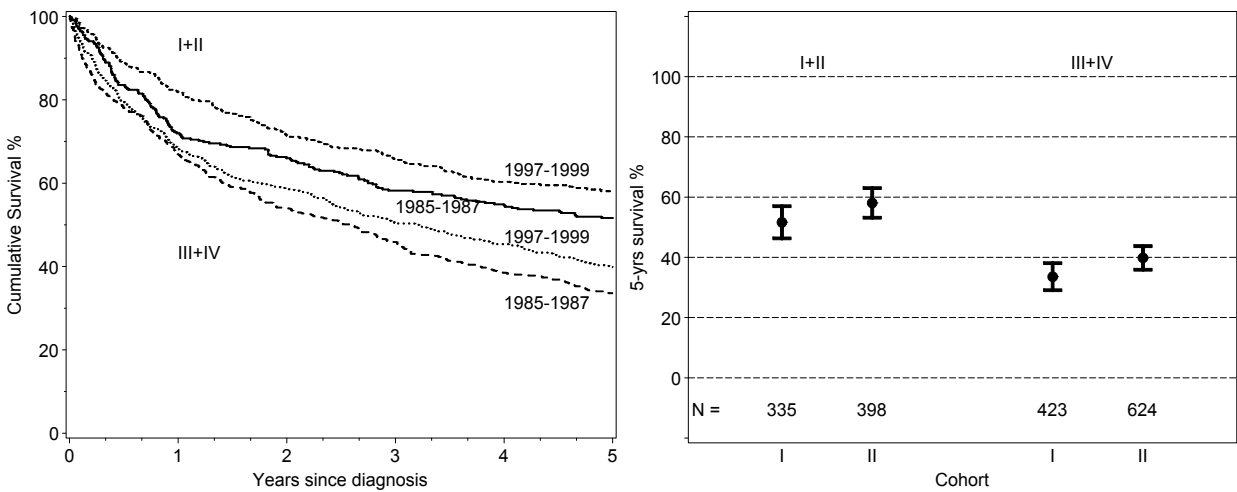


Fig.G4. 5-års overlevelse for kliniske stadier opdelt på kohorter iht. diagnoseår (I=1985-87, II=1997-99) (NHL Vest-DK)

Kommentar: 5-års overlevelsen er forbedret signifikant over tid for både lokaliseret (st I-II) og dissemineret (st III-IV) sygdom.

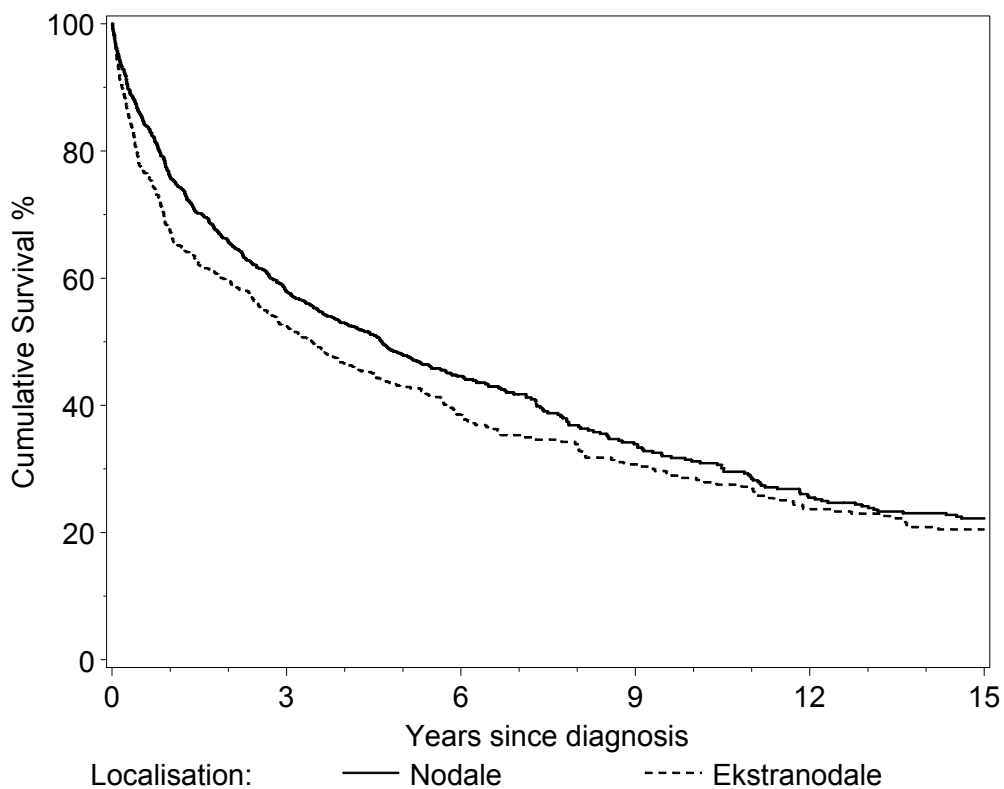


Fig.G5. Overlevelse for nodale vs. ekstranodale tilfælde (NHL Vest-DK)

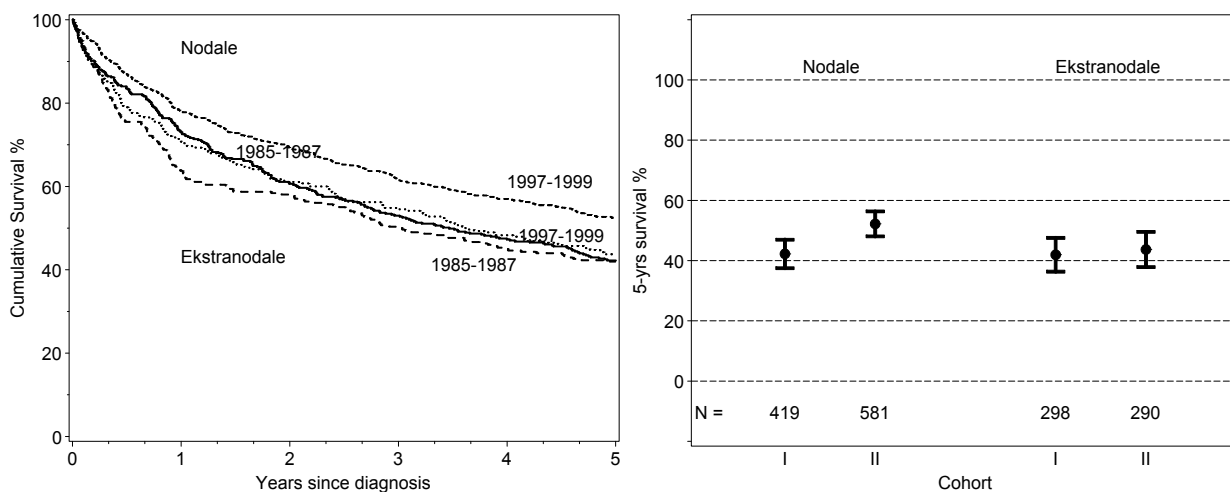


Fig.G6. 5-års overlevelse for nodale vs. ekstranodale tilfælde opdelt på kohorter iht. diagnoseår (I=1985-87, II=1997-99) (NHL Vest-DK).

Kommentar: Over perioden 1985-1999 er der sket en signifikant overlevelsesforbedring for nodale tilfælde, men ikke for patienter med primært ekstranodal sygdom.

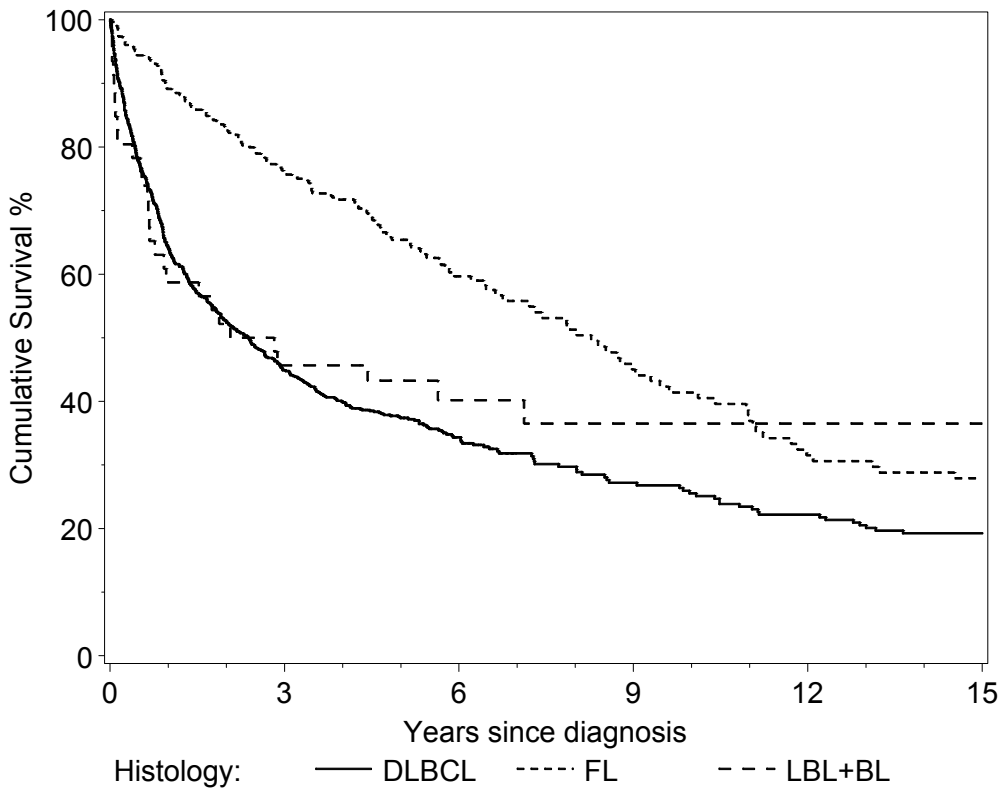


Fig.G7. Overlevelse for veldefinerede histologigrupper (NHL Vest-DK). (LBL+BL= lymfoblastært lymfom + Burkitt lymfom)

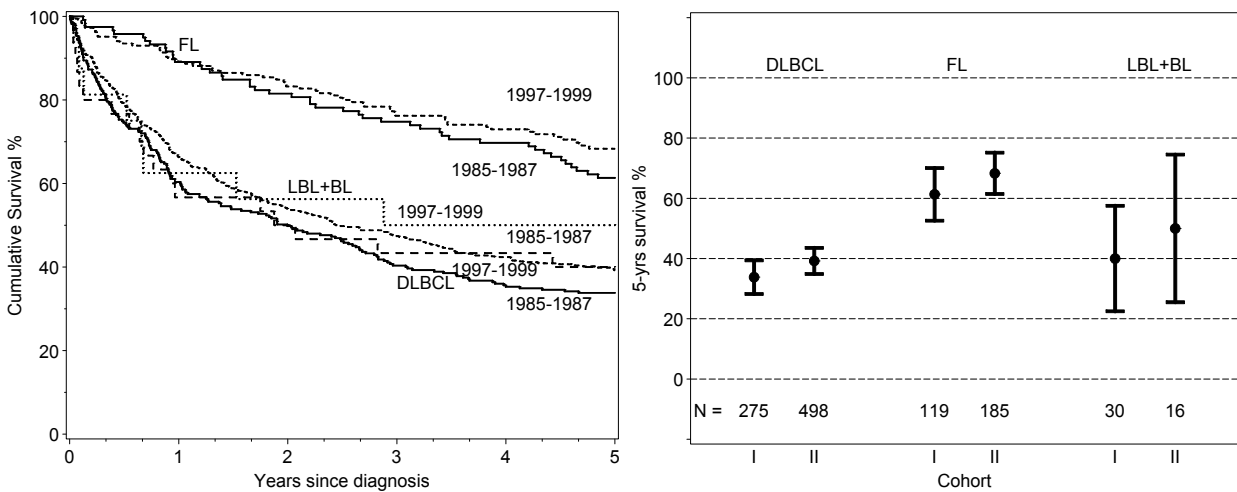
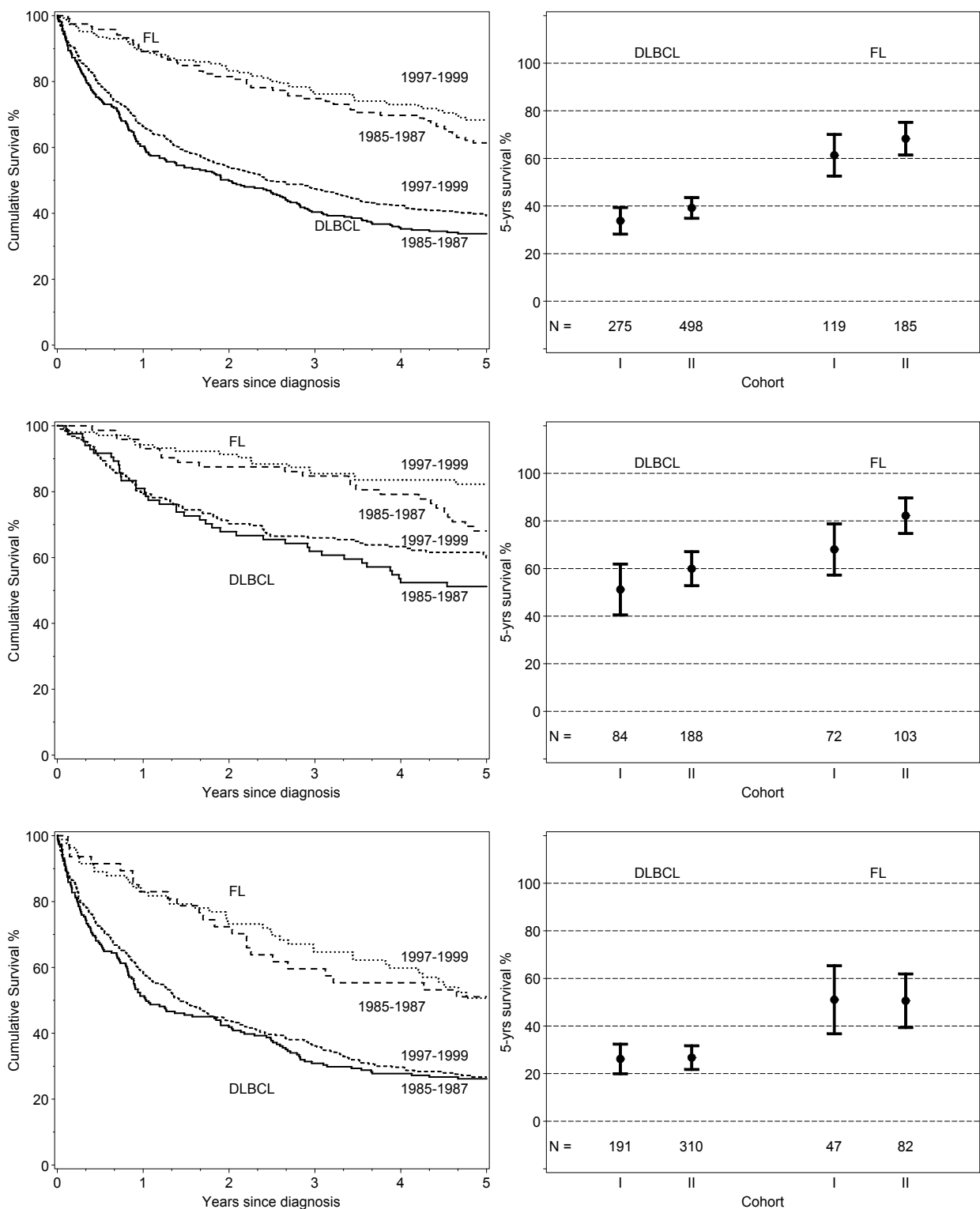


Fig.G8. 5-års overlevelse for histologigrupper opdelt på kohorter iht. diagnoseår (I=1985-87, II=1997-99) (NHL Vest-DK)

Fig G9, G10, G11 5-års overlevelse for histologi opdelt på kohorter (I=1985-87, II=1997-99) (NHL-Vest-DK): alle (G9), ≤ 60år (G10), >60 år (G11)



Kommentar (G7-G11): Let forbedring i overlevelse for DLBCL og FL mest tydelig for aldersgruppen ≤ 60 år. Ingen overlevelsesforskel mellem kohorterne for LBL+BL.

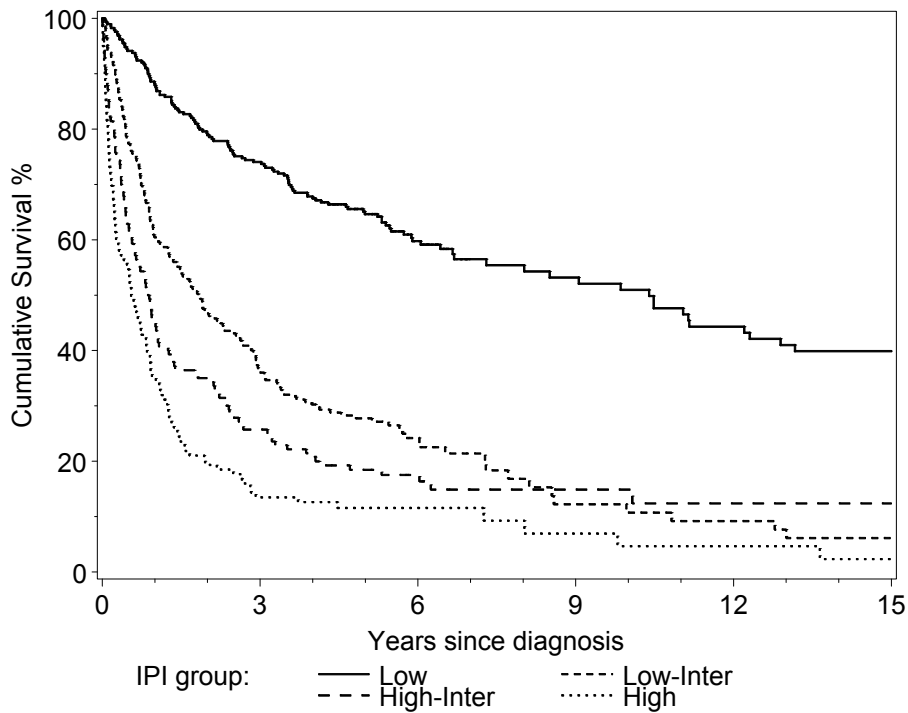


Fig G12. Overlevelse for IPI grupper (DLBCL Vest-DK)

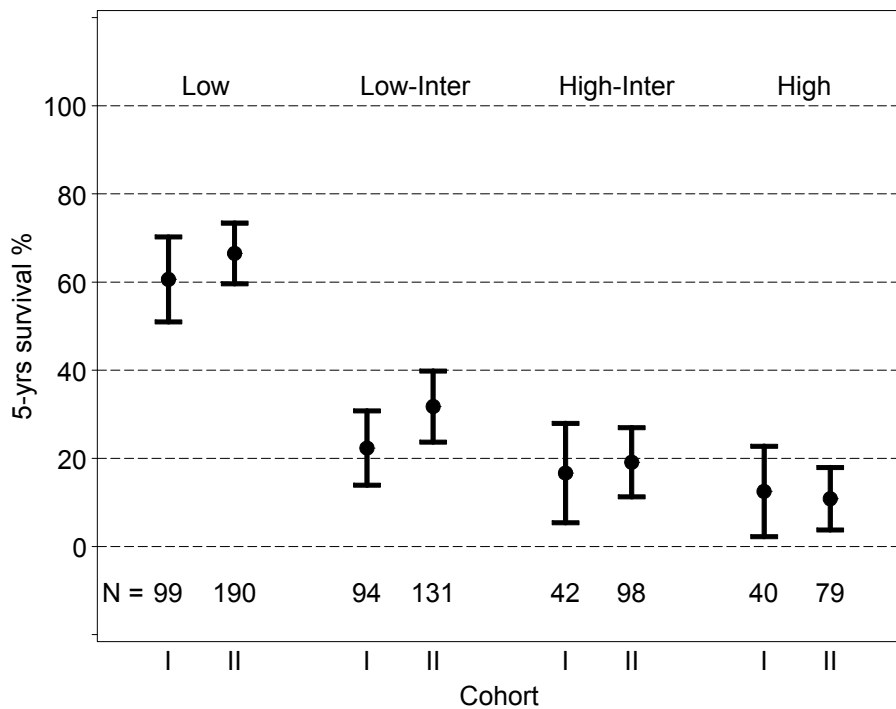


Fig. G13. 5-års overlevelse for IPI grupper opdelt på kohorter iht. diagnoseår (I=1985-87, II=1997-99) (DLBCL Vest-DK)

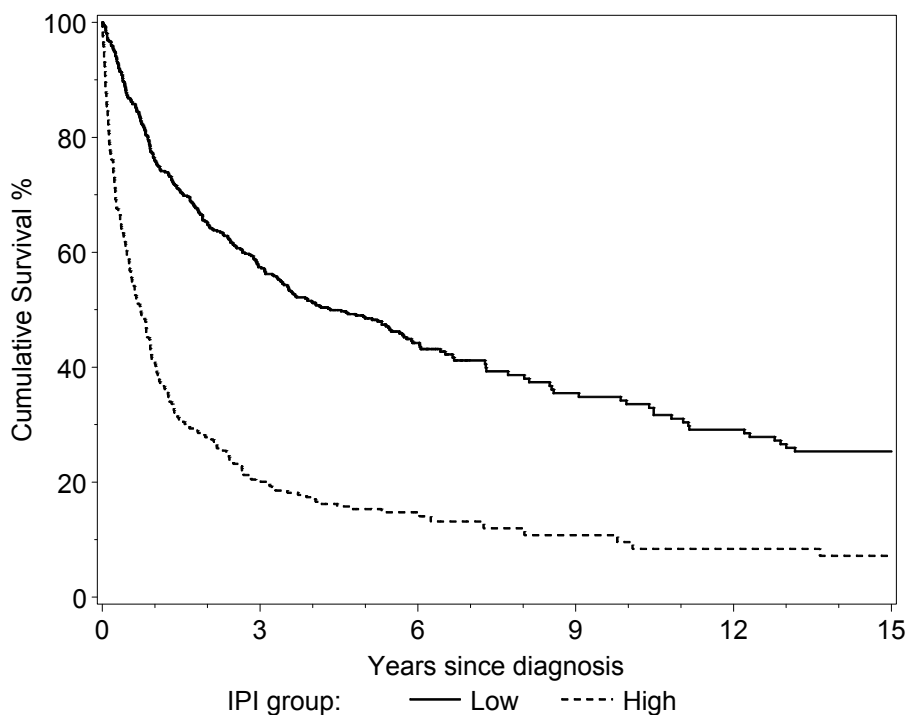


Fig. G14. Overlevelse for IPI grupper ('low'=lav + lav-intermediær; 'high'= høj + høj-intermediær) (DLBCL+Vest-DK)

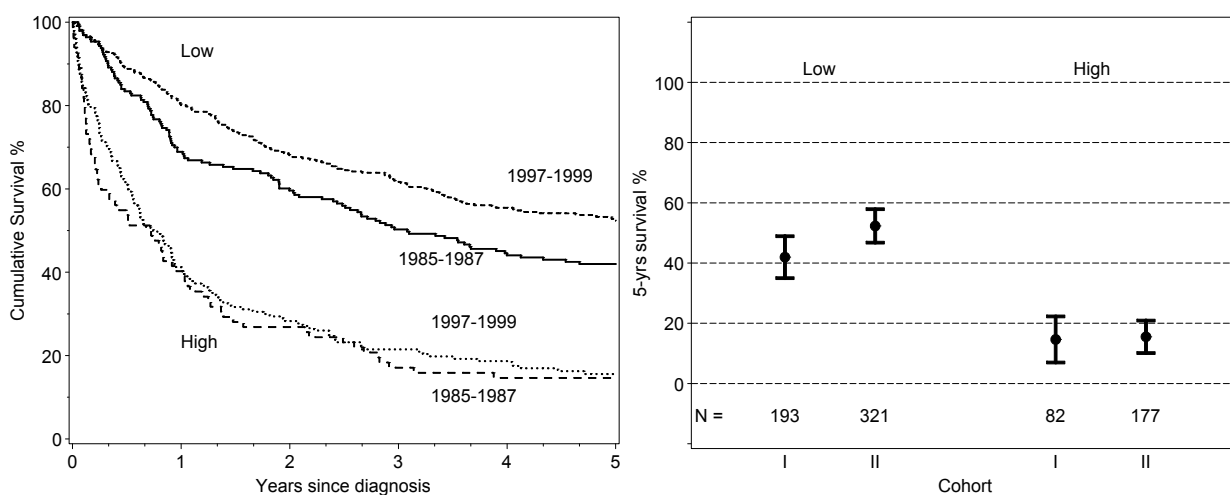


Fig. G15. 5-års overlevelse for IPI grupper (2 grupper, se ovenfor) opdelt på kohorter (I=1985-87, II=1997-99) (DLBCL Vest-DK).

Kommentar G12-15: Signifikant overlevelsesforbedring for lavrisiko-gruppen. Prognosen for højrisiko-gruppen har ikke ændret sig over de observerede tidsperiode.

► Center-specifikke overlevelsesanalyser

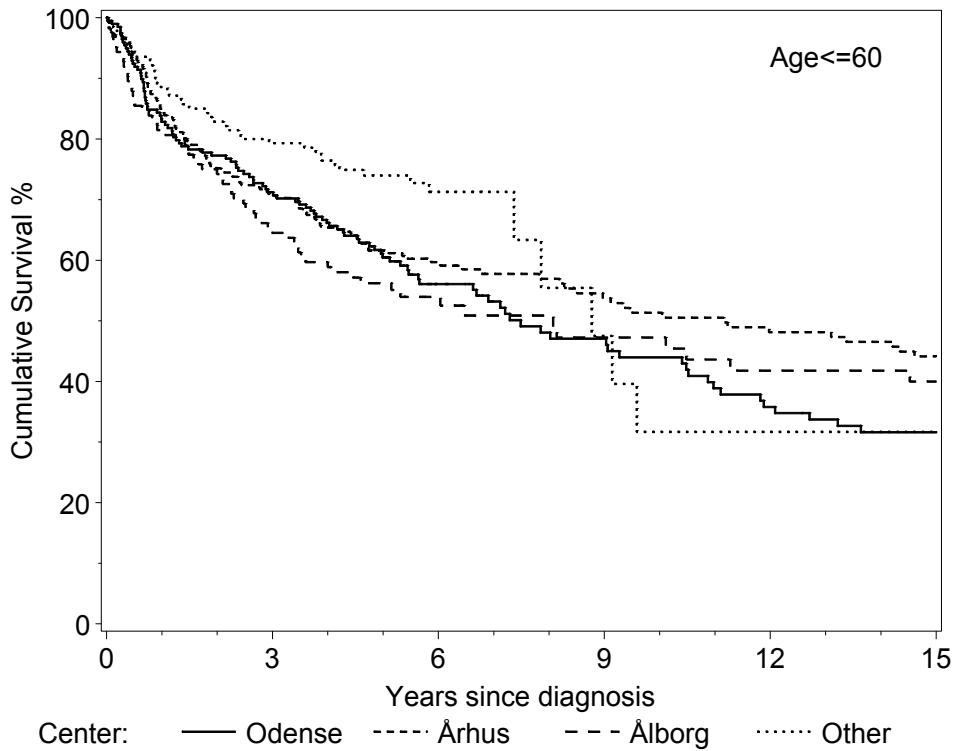


Fig. G16. Overlevelse for patienter ≤60 år fordelt på centre (NHL Vest-DK)- Alle histologier

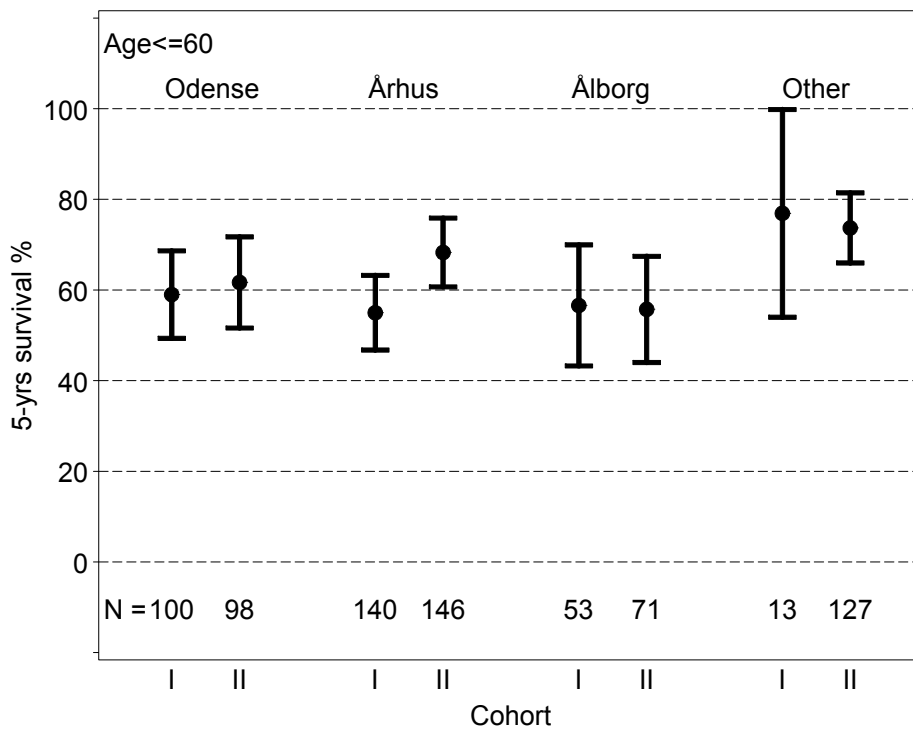


Fig.G17. 5-års overlevelse for centre opdelt på kohorter (I=1985-87, II=1997-99) (NHL Vest-DK). Alle histologier.

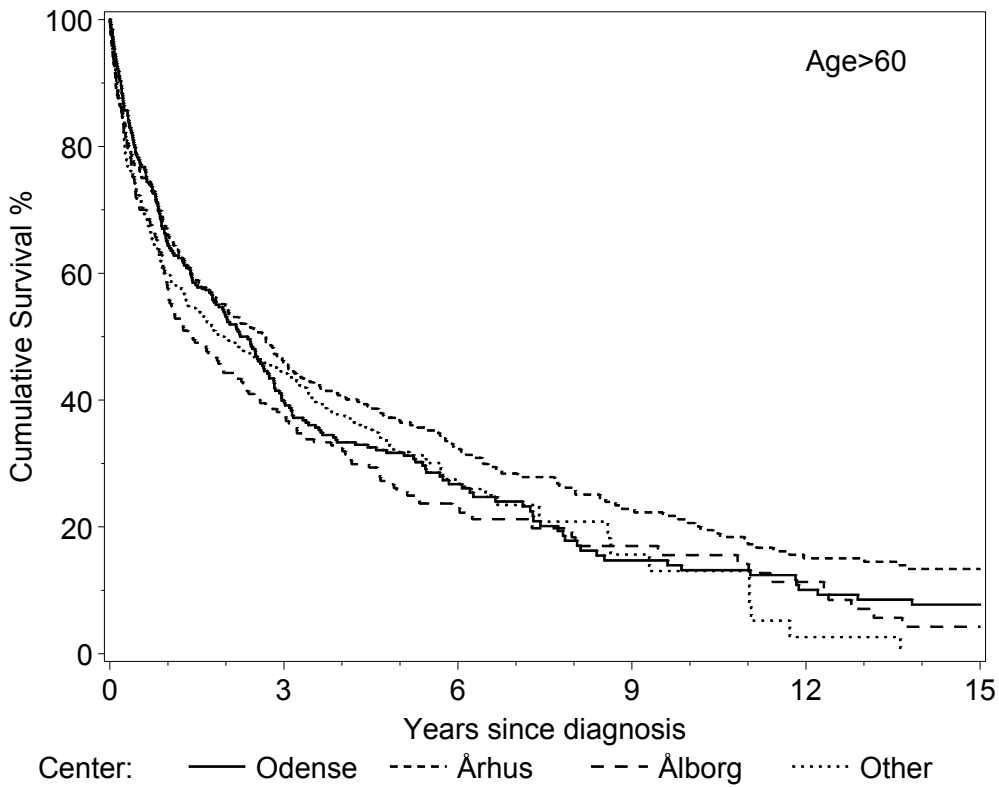


Fig.G18. Center-specifik overlevelse for patienter >60 år (NHL Vest-DK)- Alle histologier

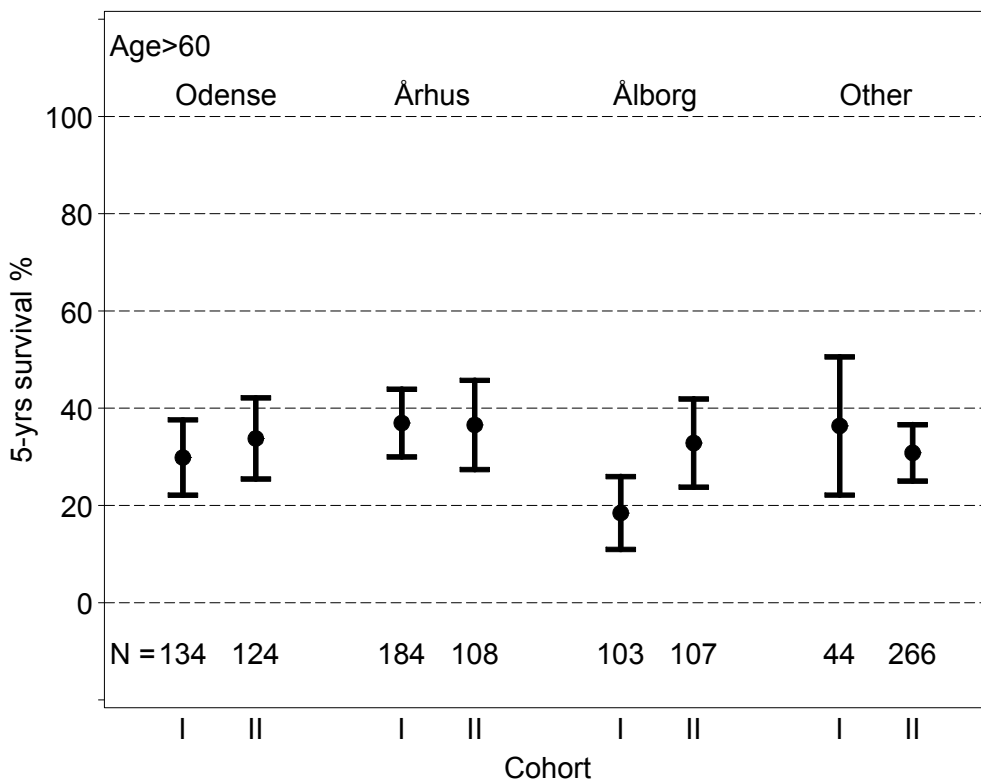


Fig. G19. Center-specifik 5-års overlevelse opdelt på kohorter (I=1985-87, II=1997-99) (NHL Vest-DK) hos patienter >60 år.

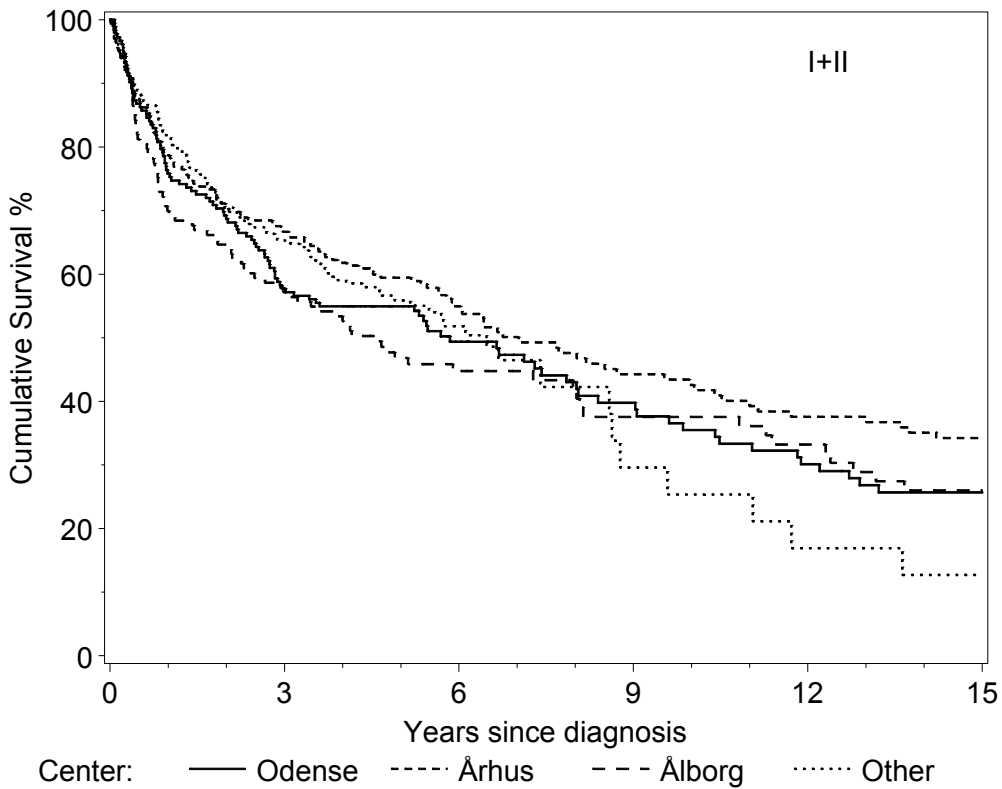


Fig.G20. Center-specifik overlevelse for stadie I+II (NHL Vest-DK)- Alle histologier.

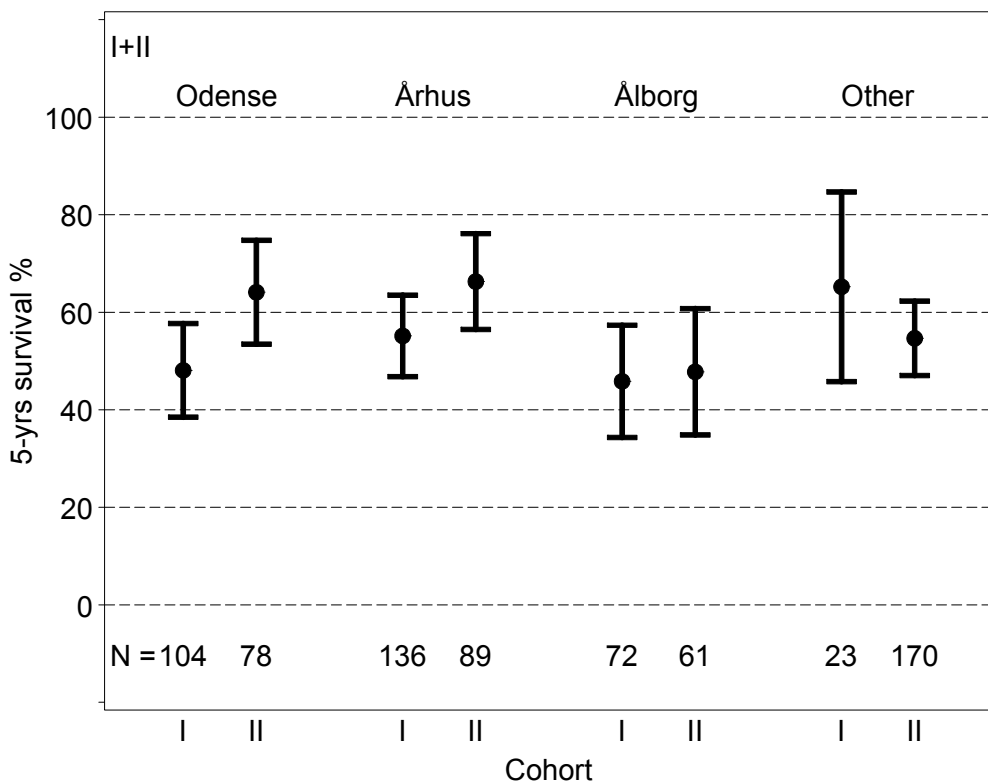


Fig.G21. Center-specifik 5-års overlevelse opdelt på kohorter (I=1985-87, II=1997-99) for patienter med lokaliseret sygdom (stadie I-II). (NHL Vest-DK). Alle histologier.

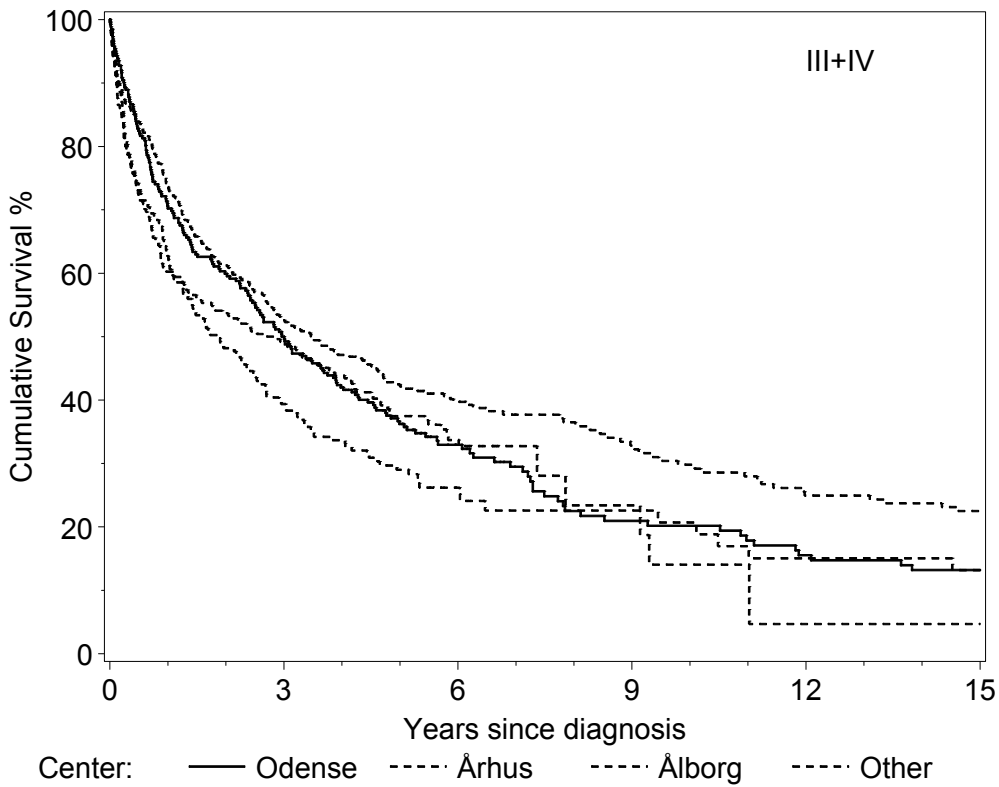


Fig.G22. Center-specifik overlevelse for stadie III+IV (NHL Vest-DK). Alle histologier..

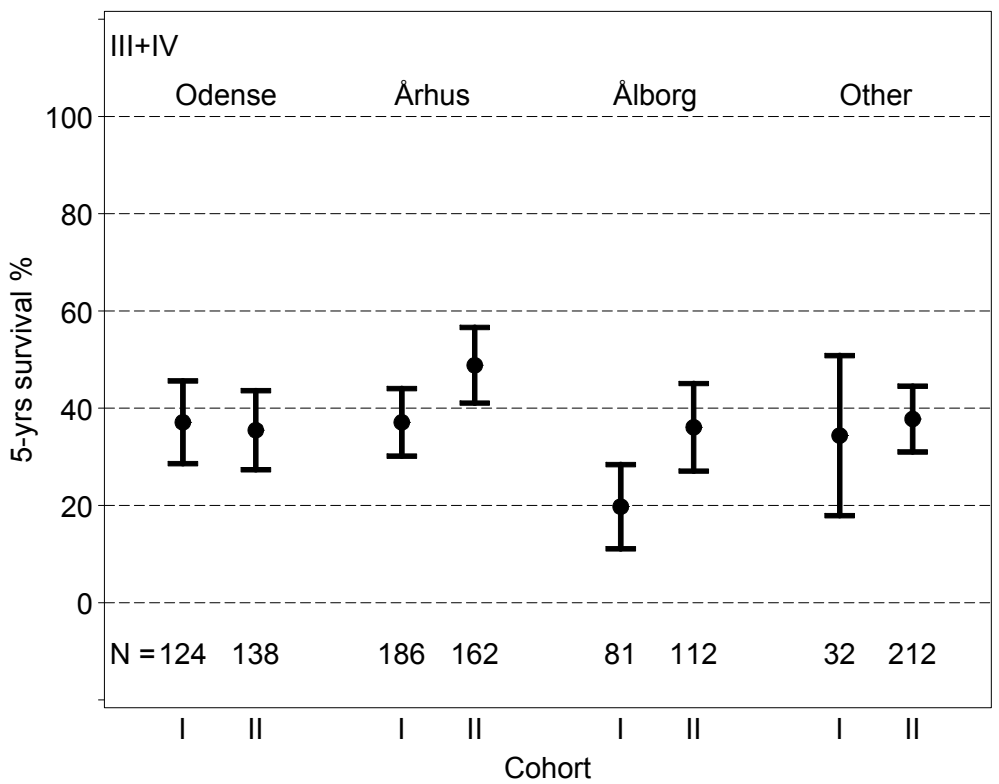


Fig.G23. Center-specifik 5-års overlevelse opdelt på kohorter (I=1985-87, II=1997-99) for patienter med dissemineret sygdom (stadie III-IV) (NHL Vest-DK). Alle histologier.

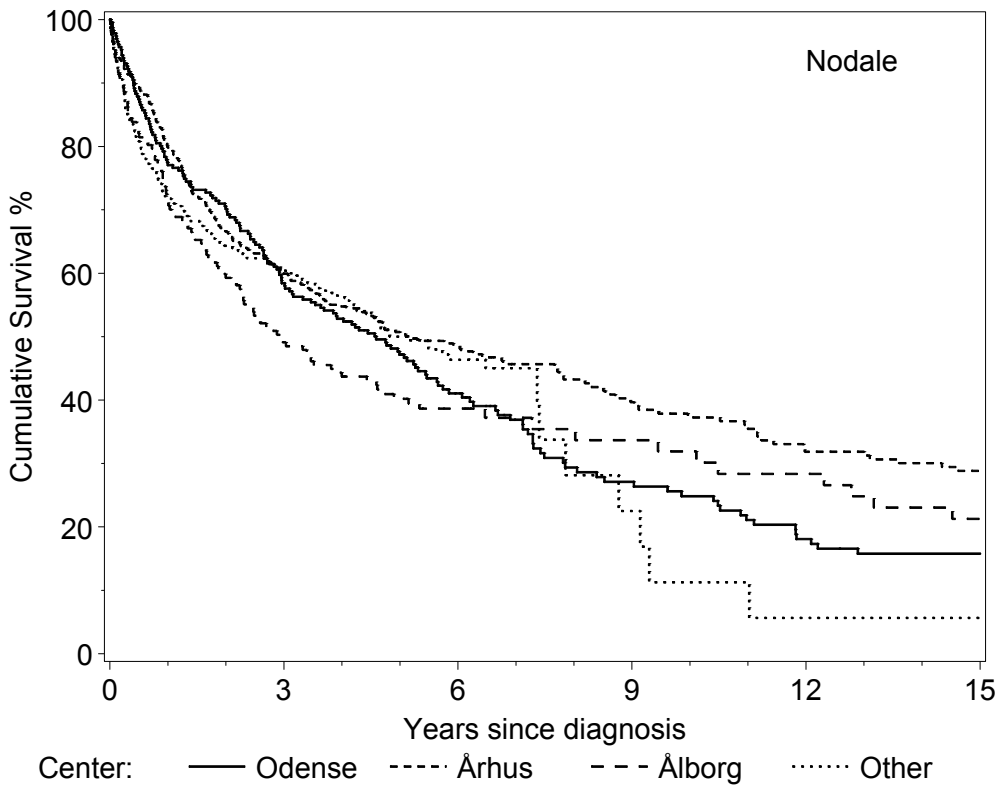


Fig.G24. Center-specifik overlevelse for promært nodale tilfælde (NHL Vest-DK). Alle histologier.

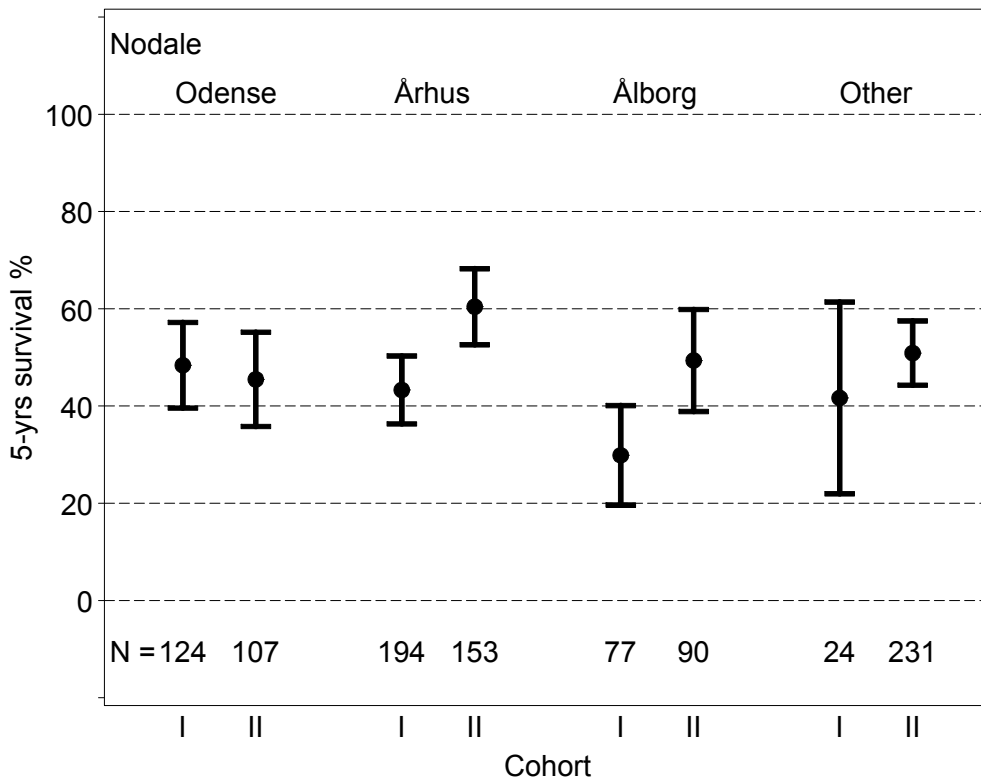


Fig.G25. Center-specifik 5-års overlevelse opdelt på kohorter (I=1985-87, II=1997-99) for patienter med nodal sygdom (NHL Vest-DK).

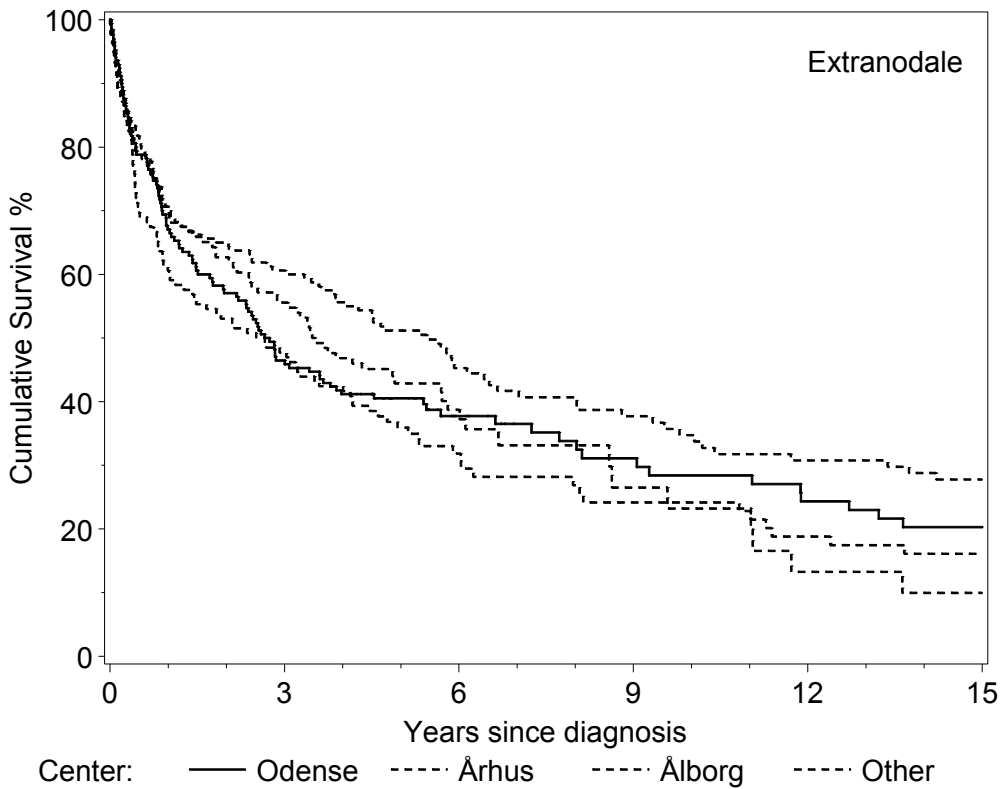


Fig.G26. Center-specifik overlevelse for extranodale tilfælde (NHL Vest-DK). Alle histologier.

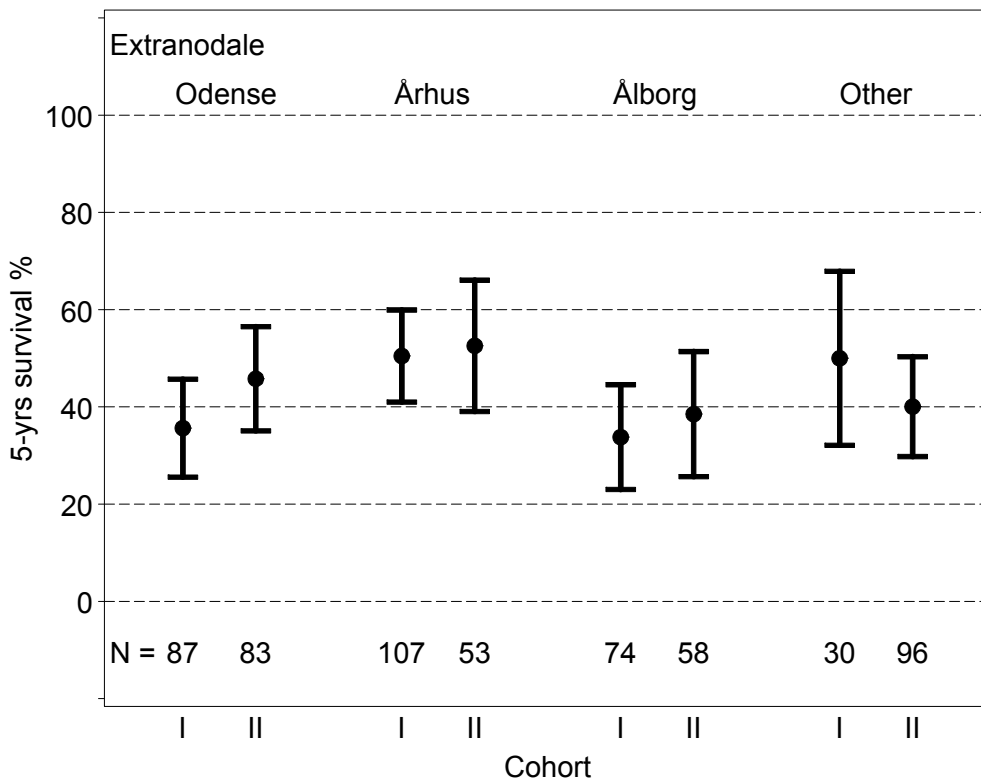


Fig.G27. Center-specifik 5-års overlevelse opdelt på kohorter (I=1985-87, II=1997-99) for ekstranodale tilfælde. (NHL Vest-DK). Alle histologier.

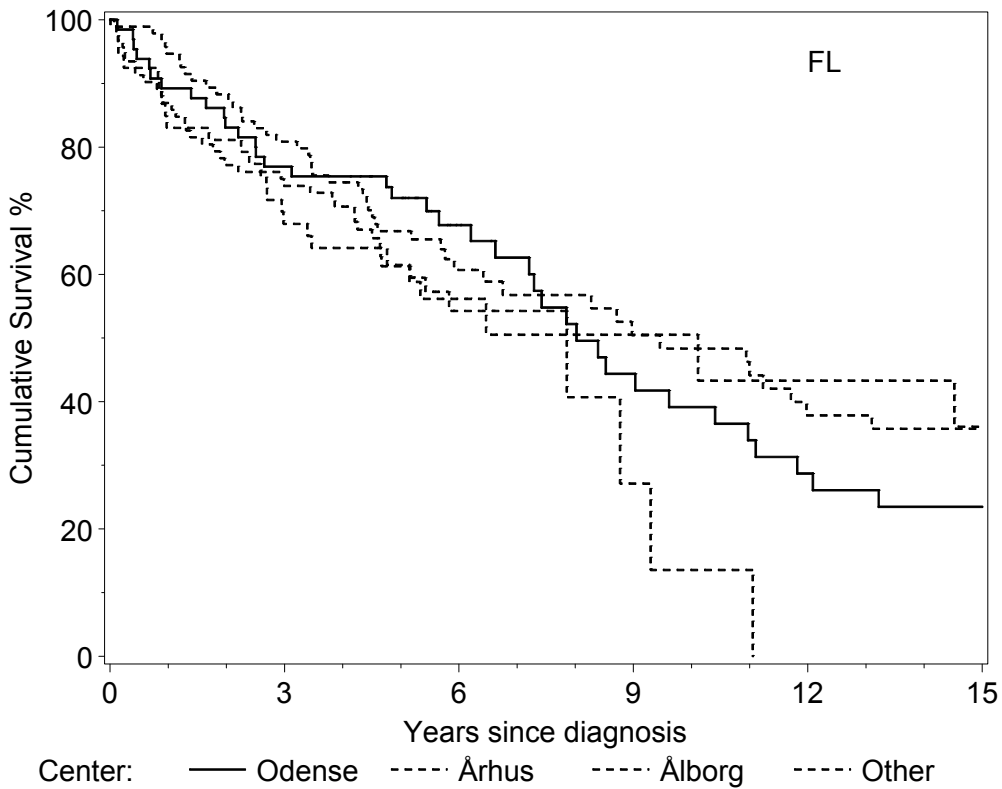


Fig.G28. Center-specifik overlevelse for patienter med FL (NHL Vest-DK).

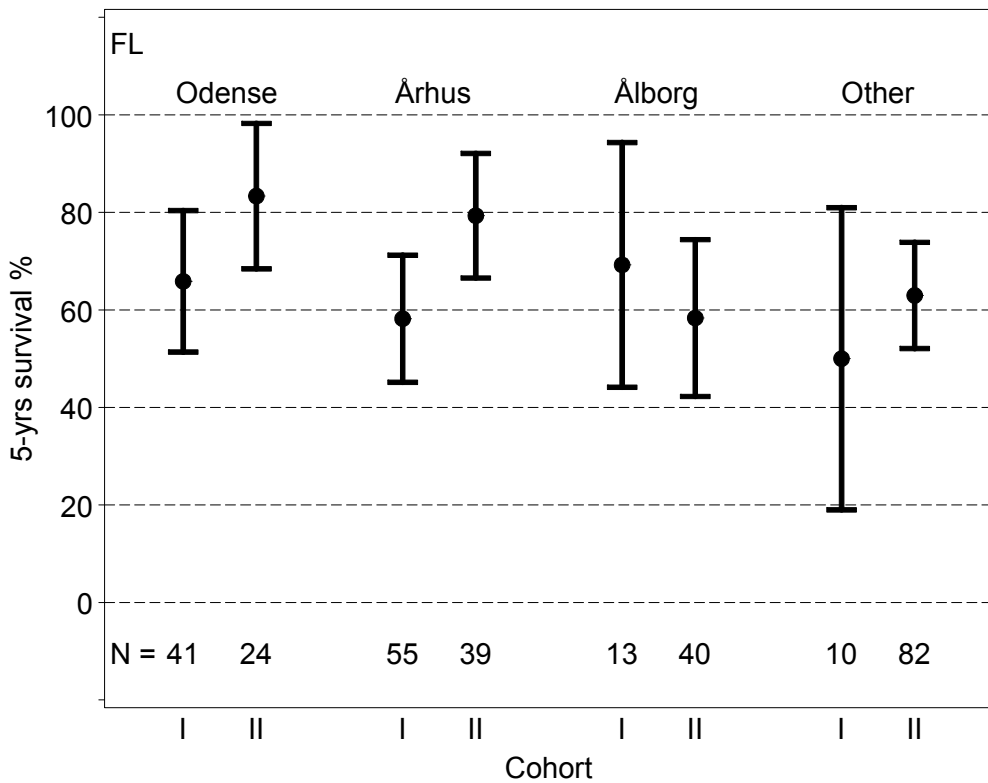


Fig. G29. Center-specifik 5-års overlevelse opdelt på kohorter (I=1985-87, II=1997-99) for patienter med FL (NHL Vest-DK).

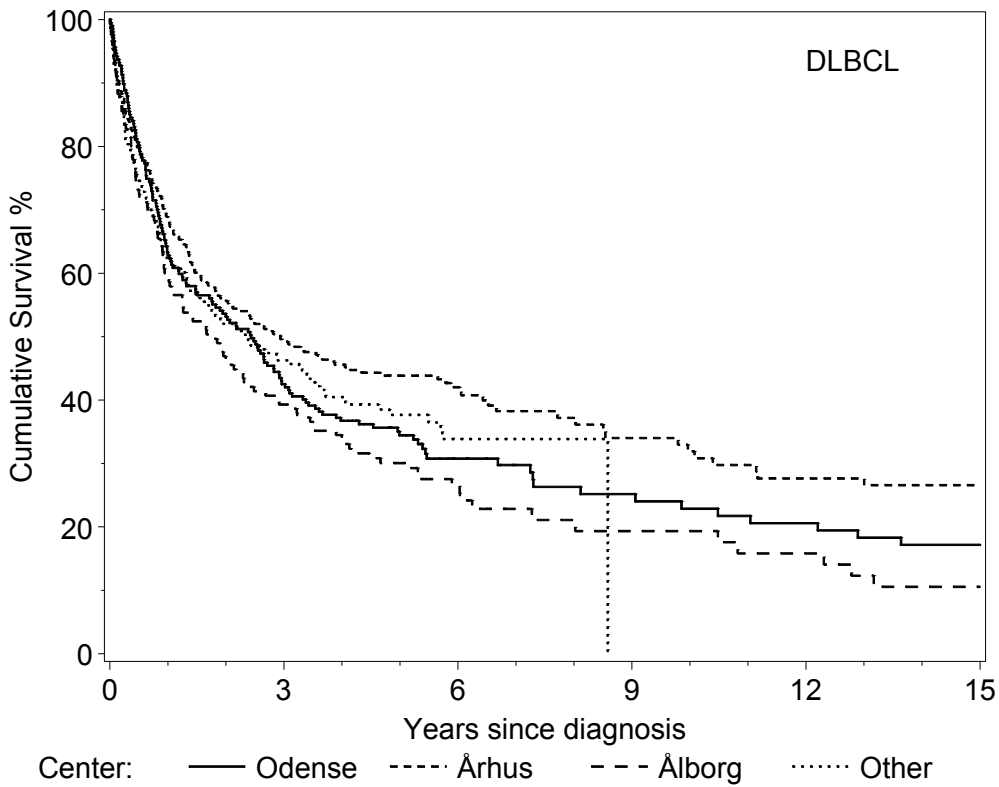


Fig. G30. Center-specifik overlevelse for patienter med DLBCL (NHL Vest-DK).

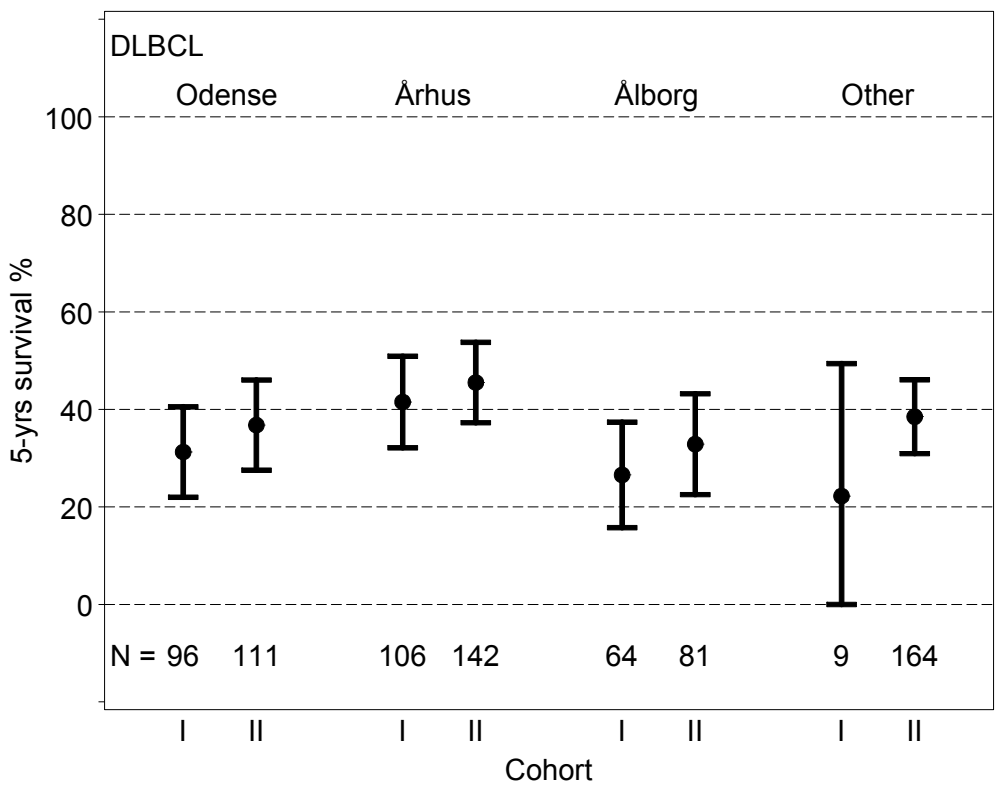


Fig. G31. Center-specifik 5-års overlevelse opdelt på kohorter (I=1985-87, II=1997-99) for patienter med DLBCL (NHL Vest-DK).

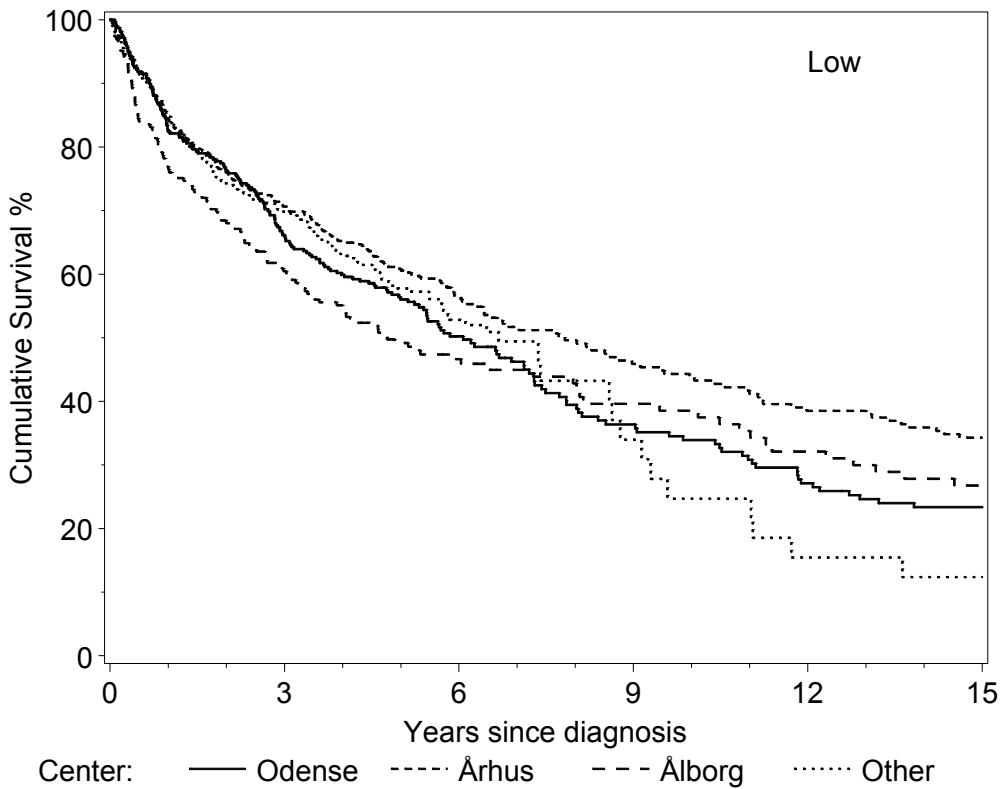


Fig.G32. Center-specifik overlevelse for IPI'Low' (lav + lav-intermediær risikogruppe) (NHL Vest-DK). Alle histologier.

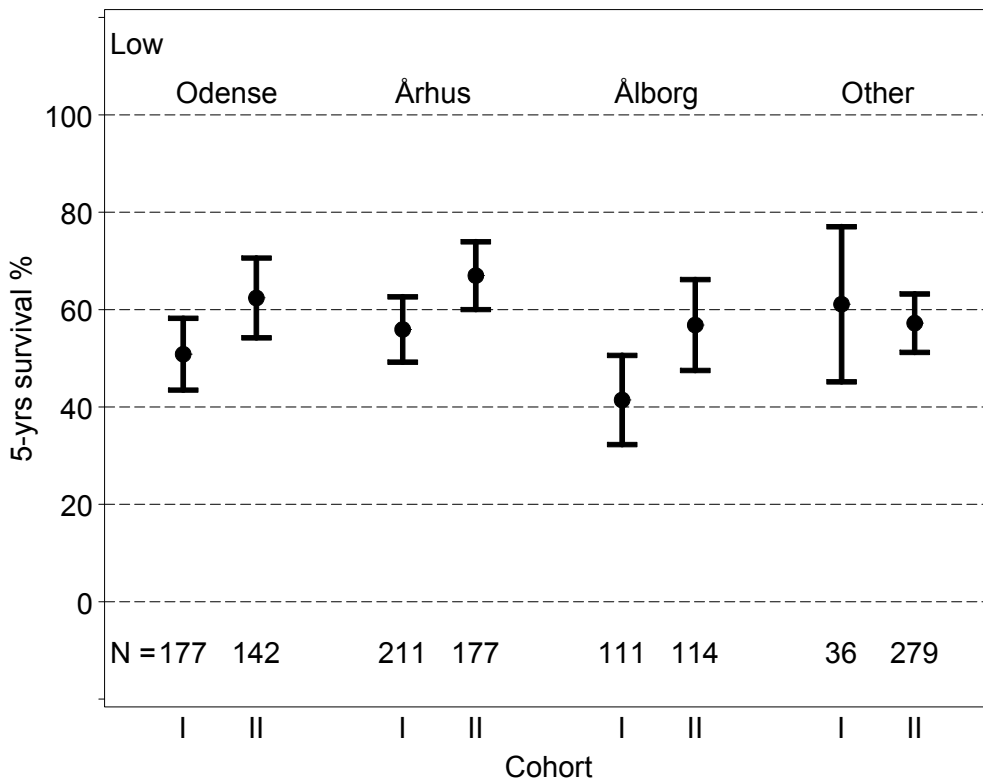


Fig.G33. Center-specifik 5-års overlevelse opdelt på kohorter (I=1985-87, II=1997-99) for IPI 'Low' (lav+lav-intermediær risikogruppe) (NHL Vest-DK). Alle histologier.

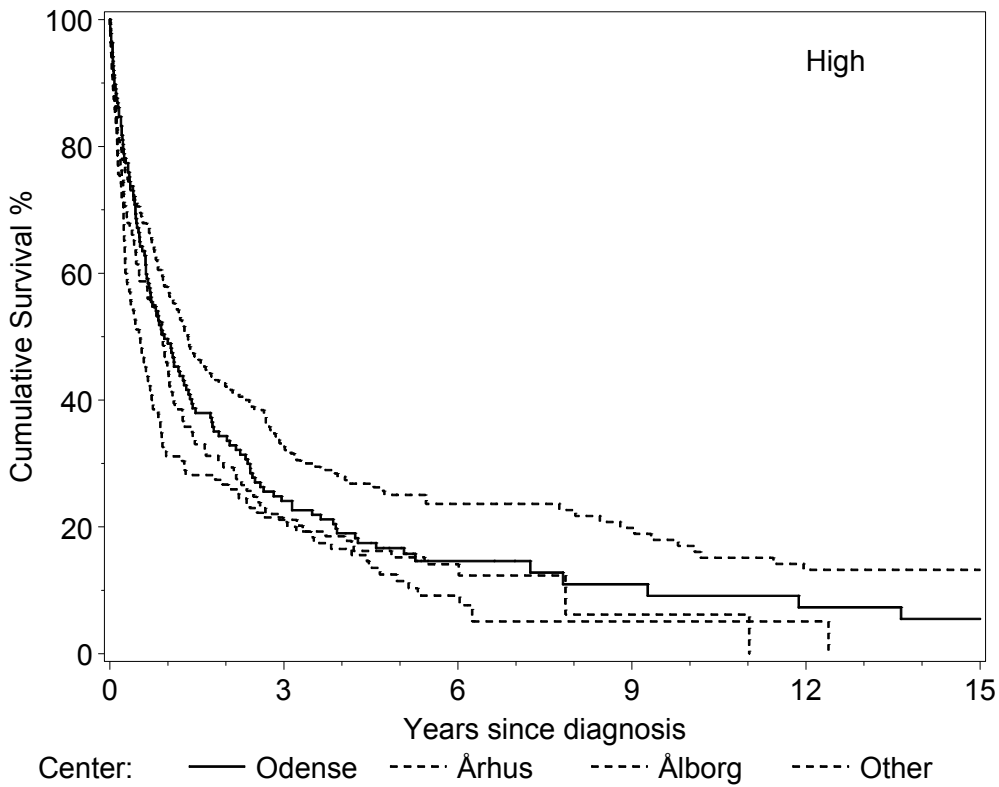


Fig.G34. Center-specifik overlevelse for IPI 'High' (interm.-høj og høj risikogruppe) (NHL Vest-DK). Alle histologier.

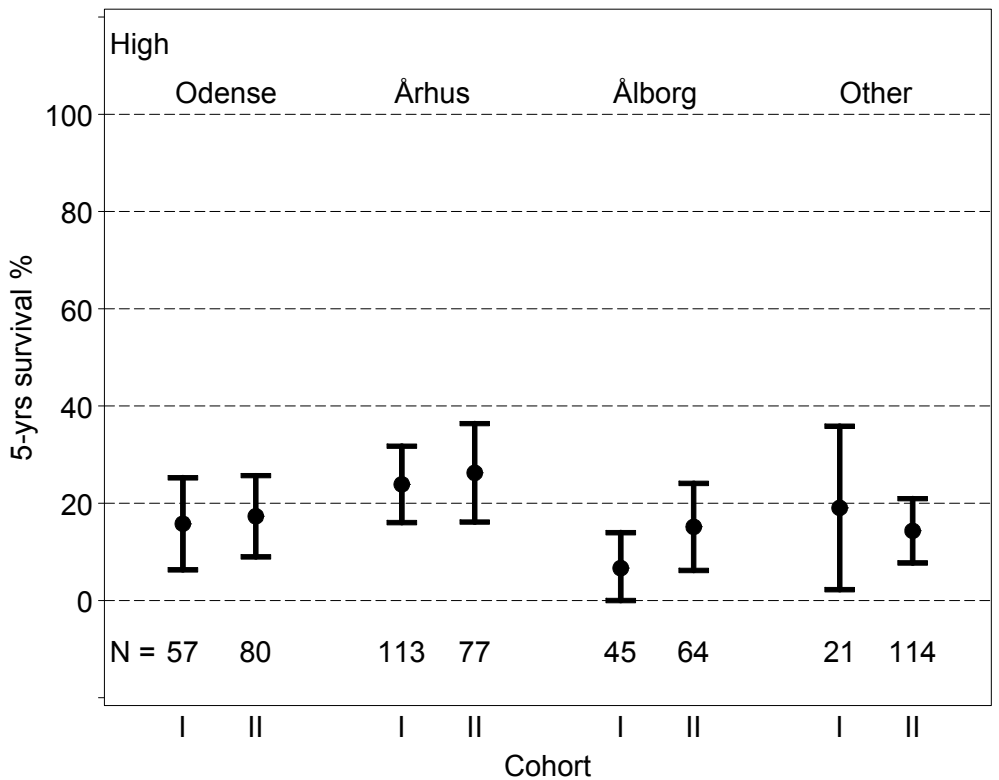


Fig.G35. Center-specifik 5-års overlevelse opdelt på kohorter (I=1985-87, II=1997-99) for IPI 'High' (NHL Vest-DK). Alle histologier.

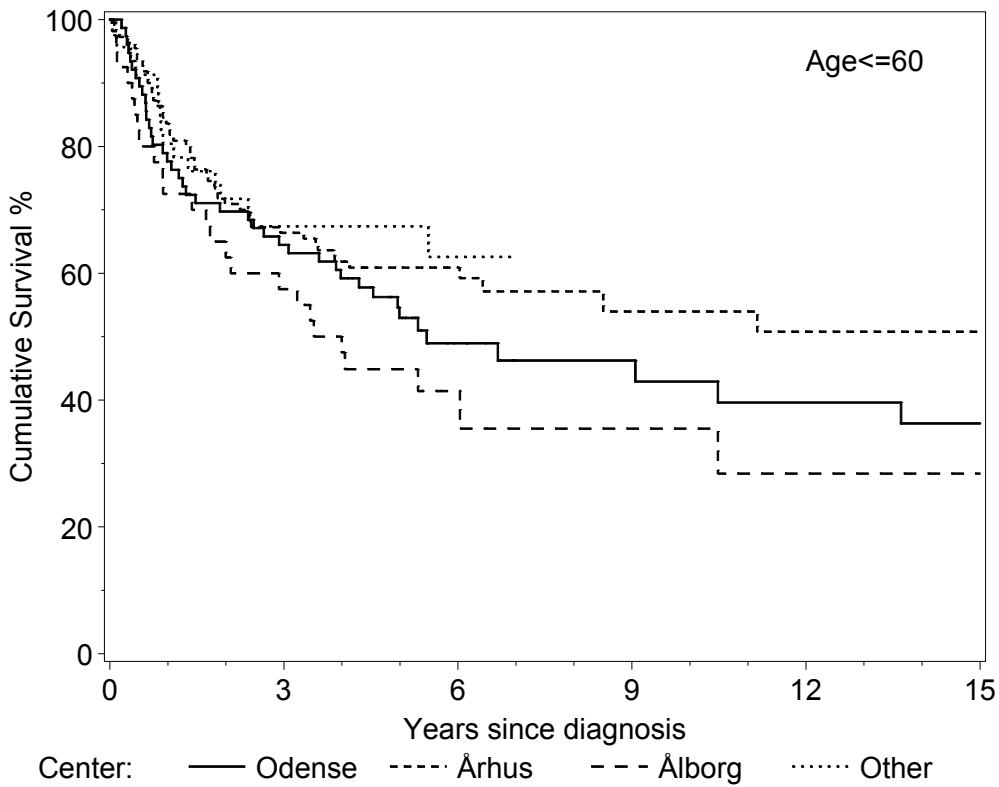


Fig.G36 Center-specifik overlevelse for patienter ≤60 år med DLBCL (Vest-DK)

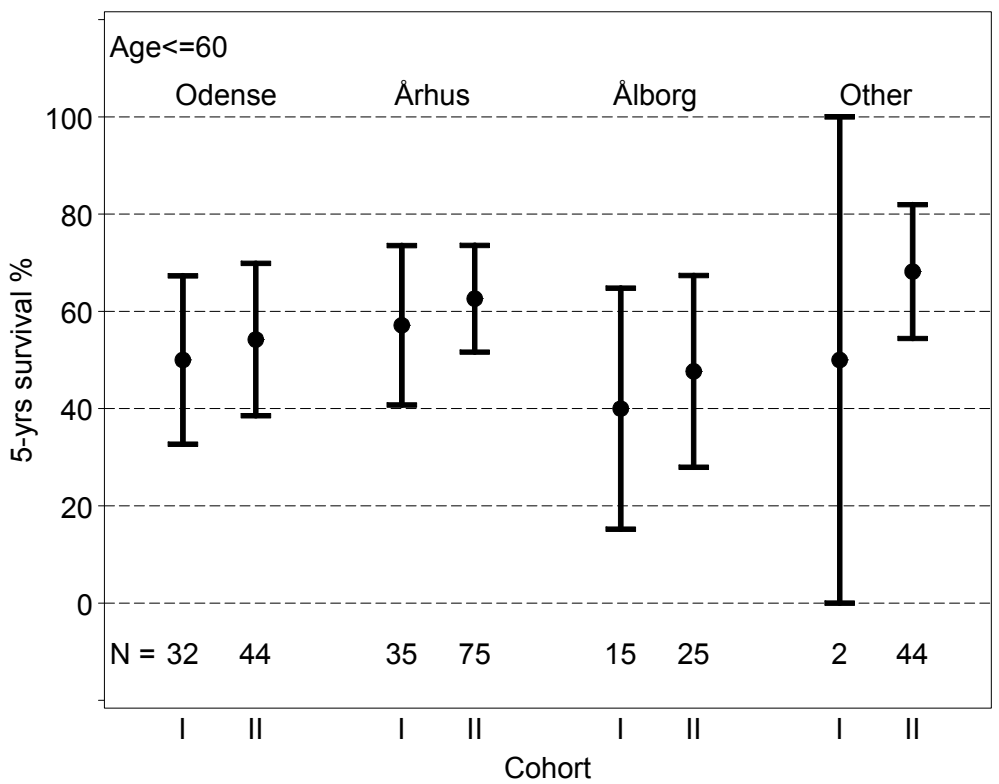


Fig.G37. Center-specifik 5-års overlevelse opdelt på kohorter (I=1985-87, II=1997-99) for patienter ≤ 60 år med DLBCL (Vest-DK).

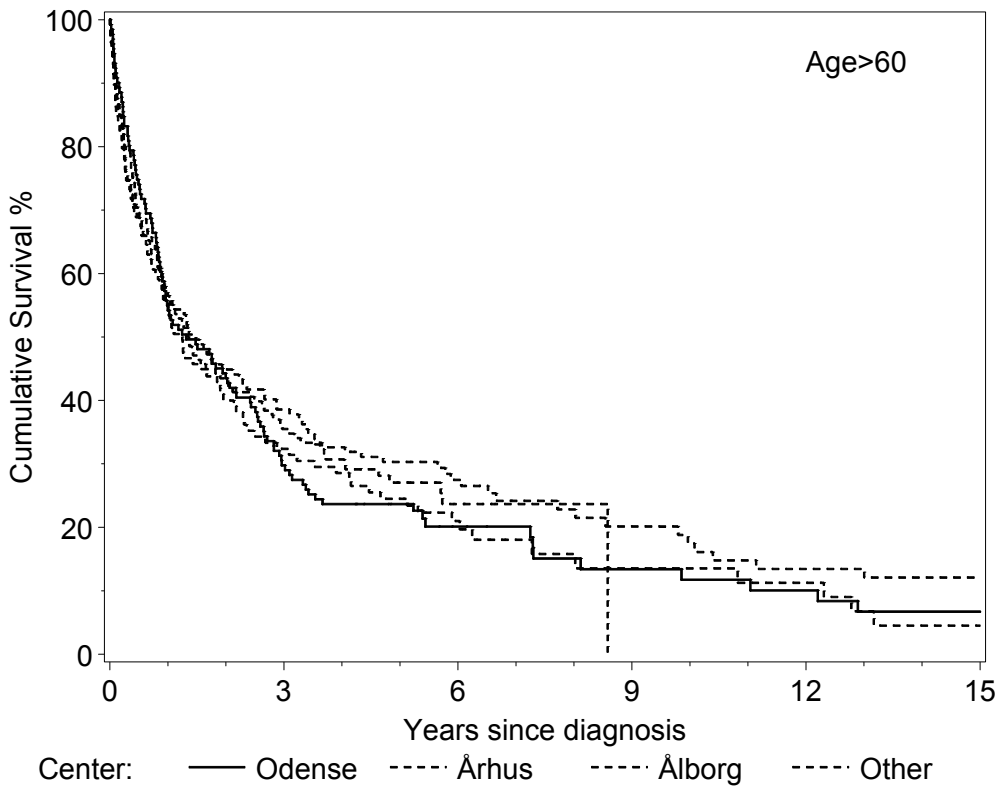


Fig.G38. Center-specifik overlevelse for patienter >60 år med DLBCL (Vest-DK)

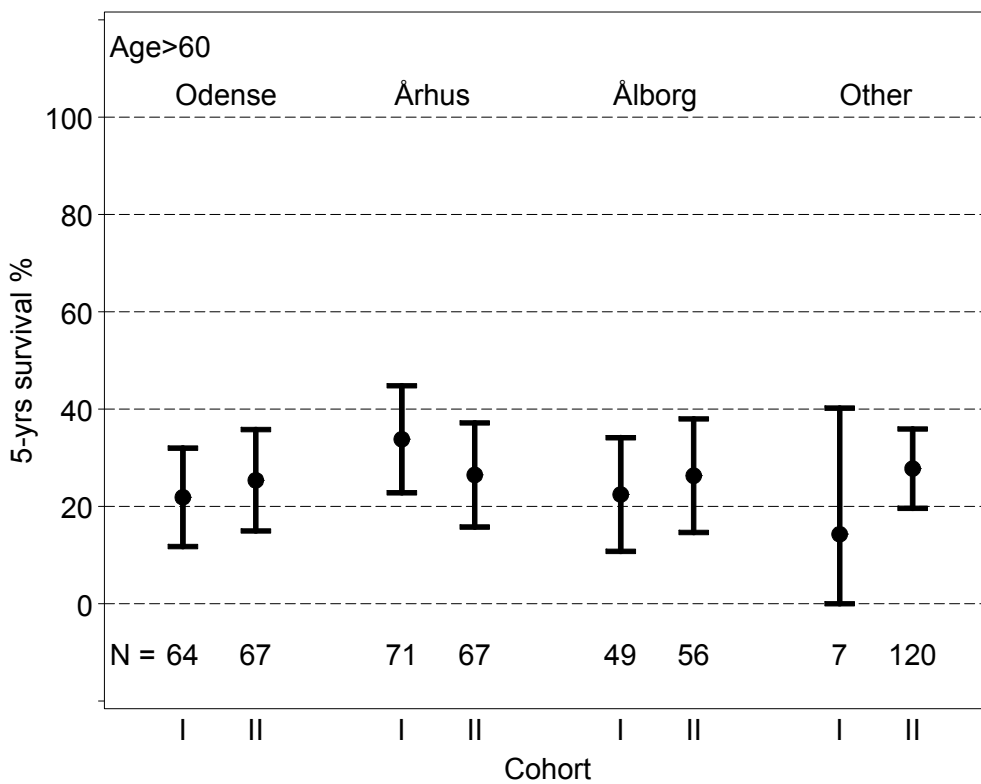


Fig.G39. Center-specifik 5-års overlevelse opdelt på kohorter (I=1985-87, II=1997-99) for patienter >60 år med DLBCL (Vest-DK).

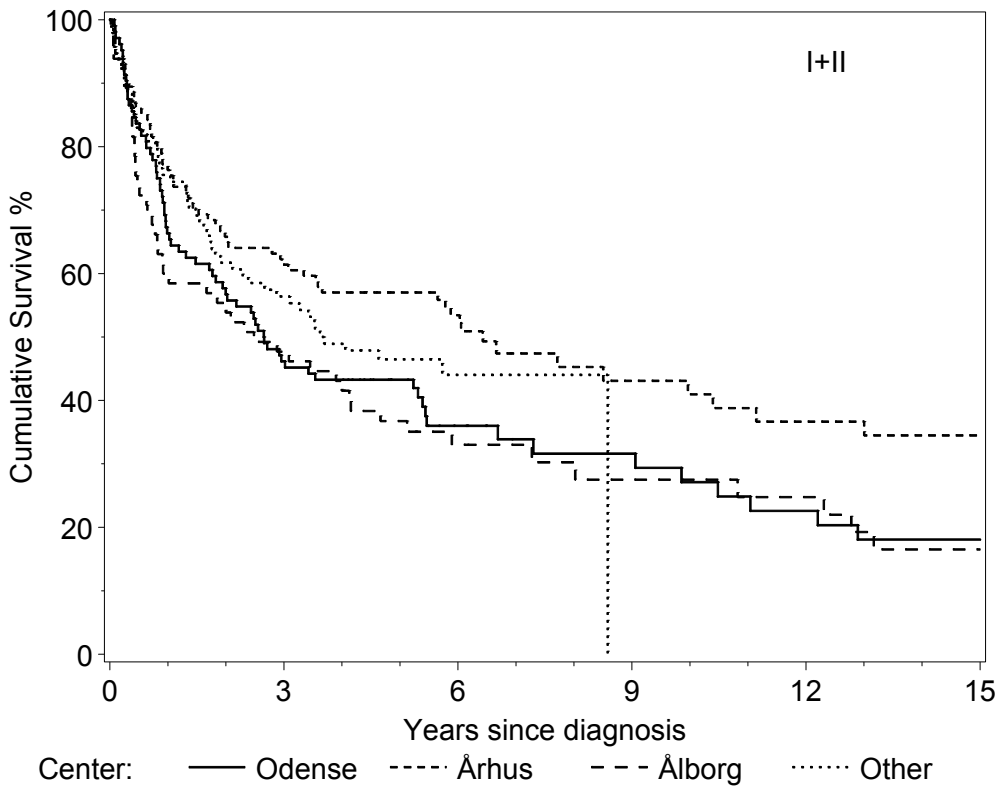


Fig.G40. Center-specifik overlevelse for patienter med DLBCL og lokaliseret sygdom (stadium I-II) (Vest-DK)

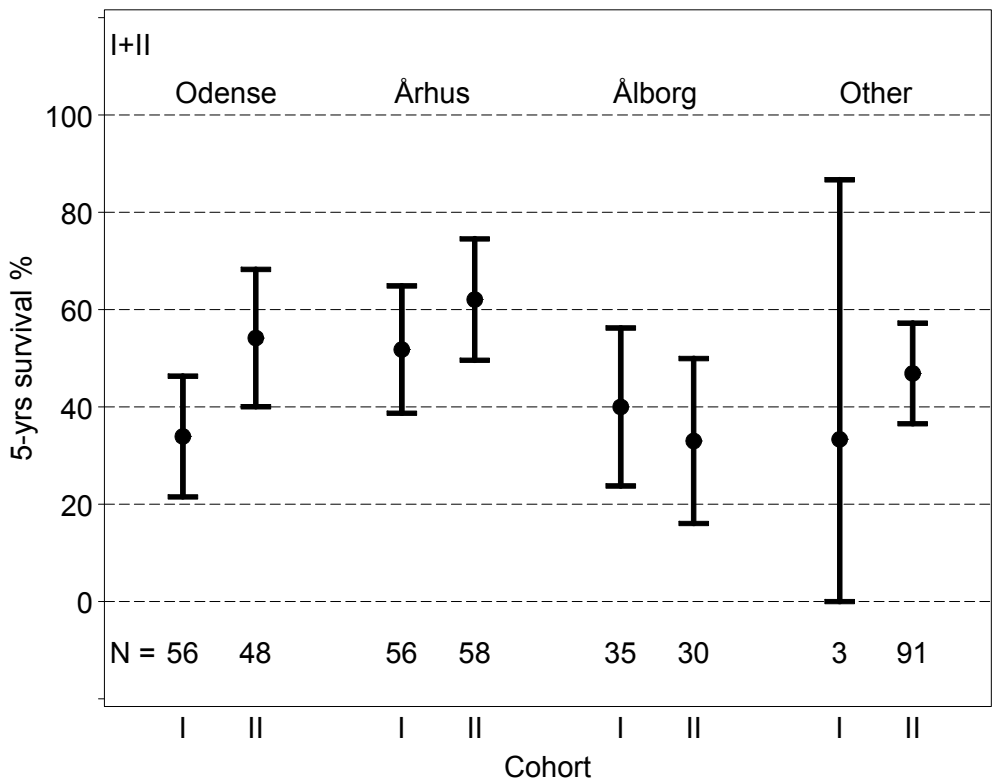


Fig.G41. Center-specifik 5-års overlevelse opdelt på kohorter (I=1985-87, II=1997-99) for patienter med DLBCL og lokaliseret sygdom (stadium I-II) (Vest-DK).

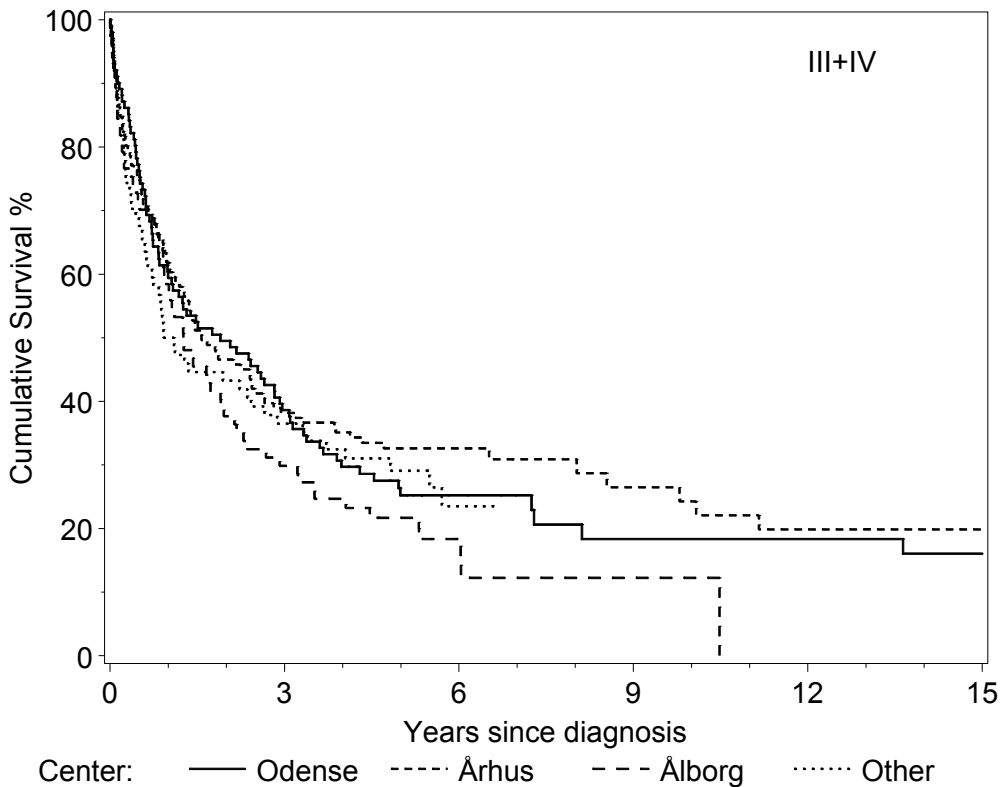


Fig.G42. Center-specifik overlevelse for patienter med DLBCL og dissemineret sygdom (stadium III-IV) (Vest-DK)

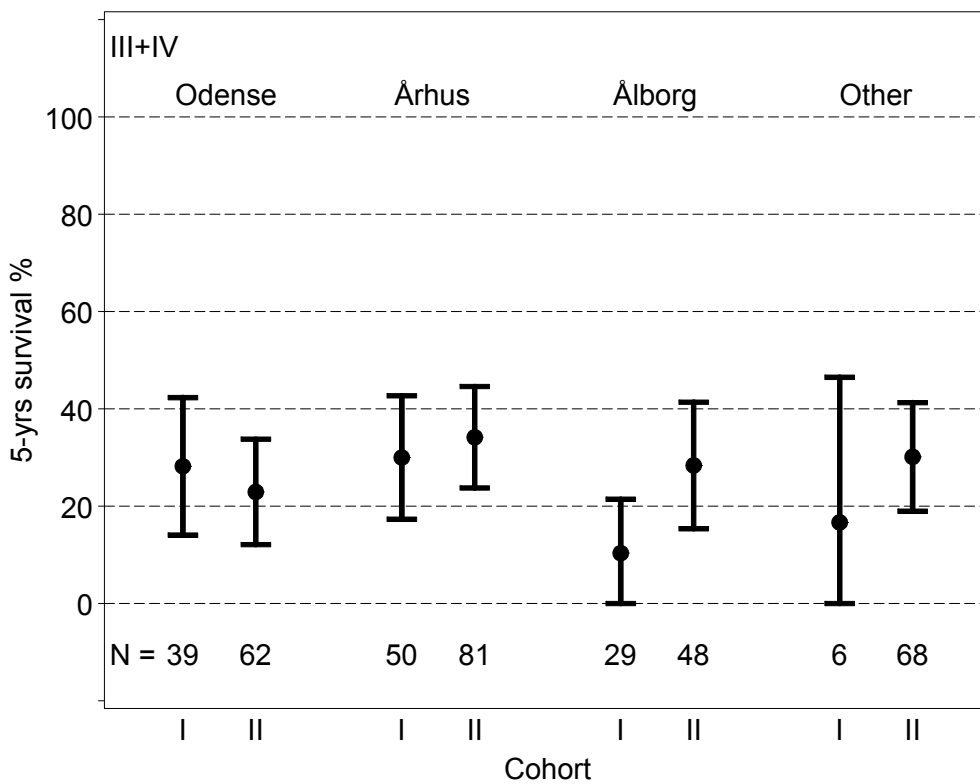


Fig.G43. Center-specifik 5-års overlevelse opdelt på kohorter (I=1985-87, II=1997-99) for patienter med DLBCL og dissemineret sygdom (stadium III-IV) (Vest-DK).

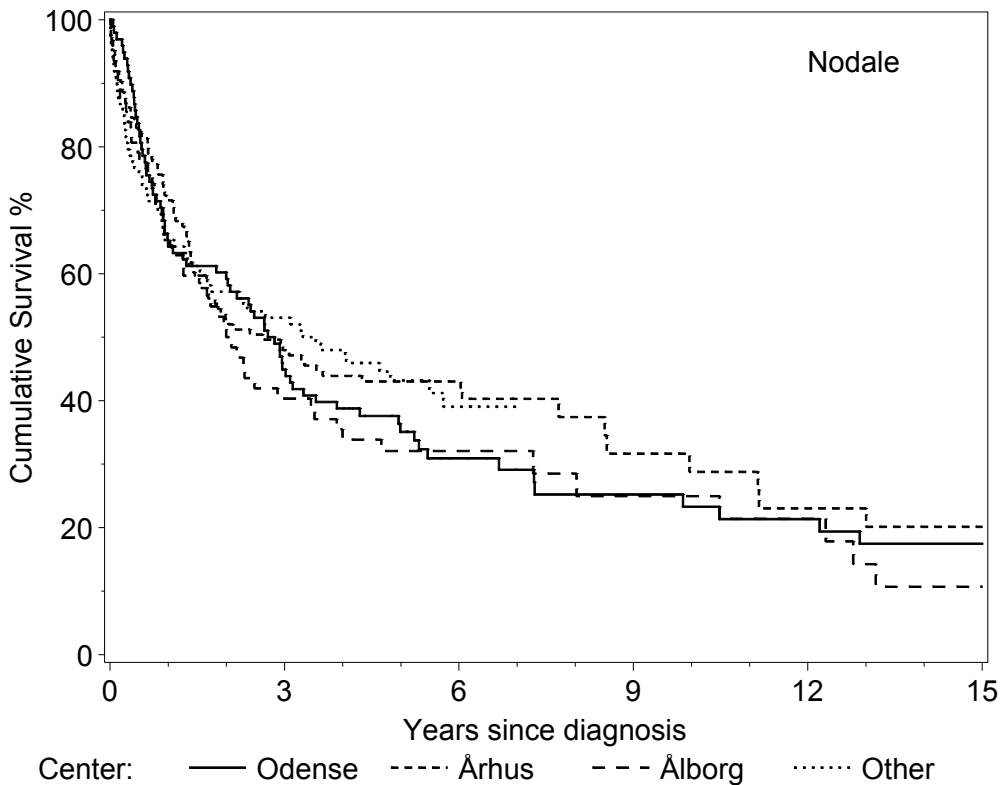


Fig.G44. Center-specifik overlevelse for patienter med DLBCL og nodal sygdom(Vest-DK)

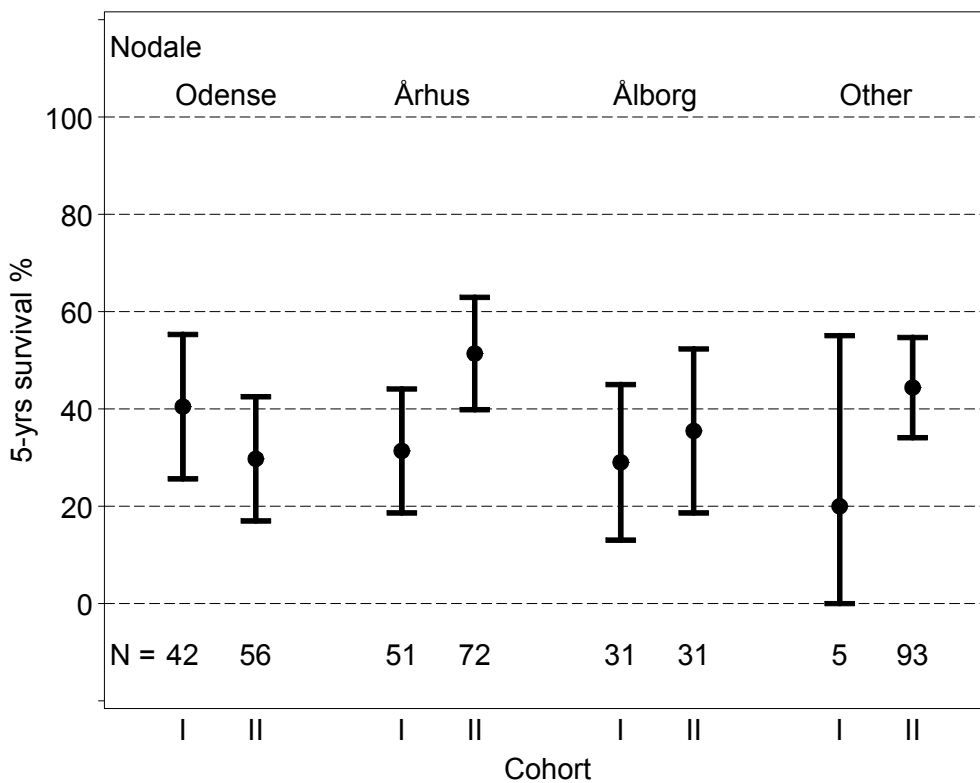


Fig.G45. Center-specifik 5-års overlevelse opdelt på kohorter (I=1985-87, II=1997-99) for patienter med DLBCL og nodal sygdom (Vest-DK).

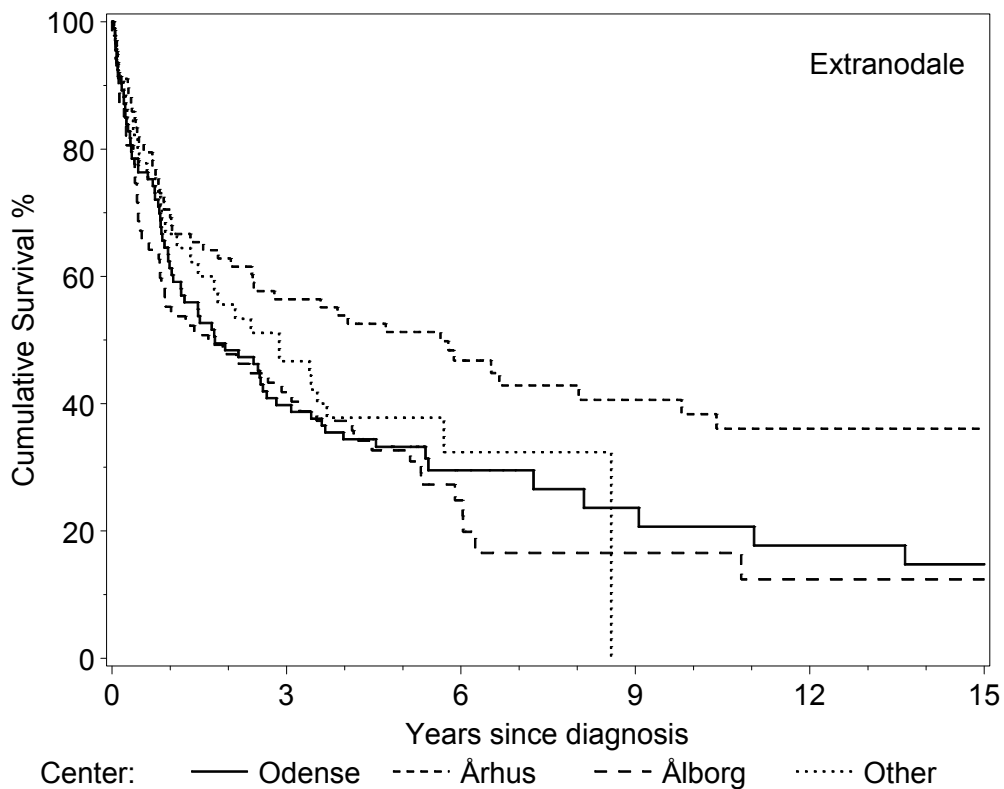


Fig.G46. Center-specifik overlevelse for patienter med DLBCL og ekstranodal sygdom(Vest-DK)

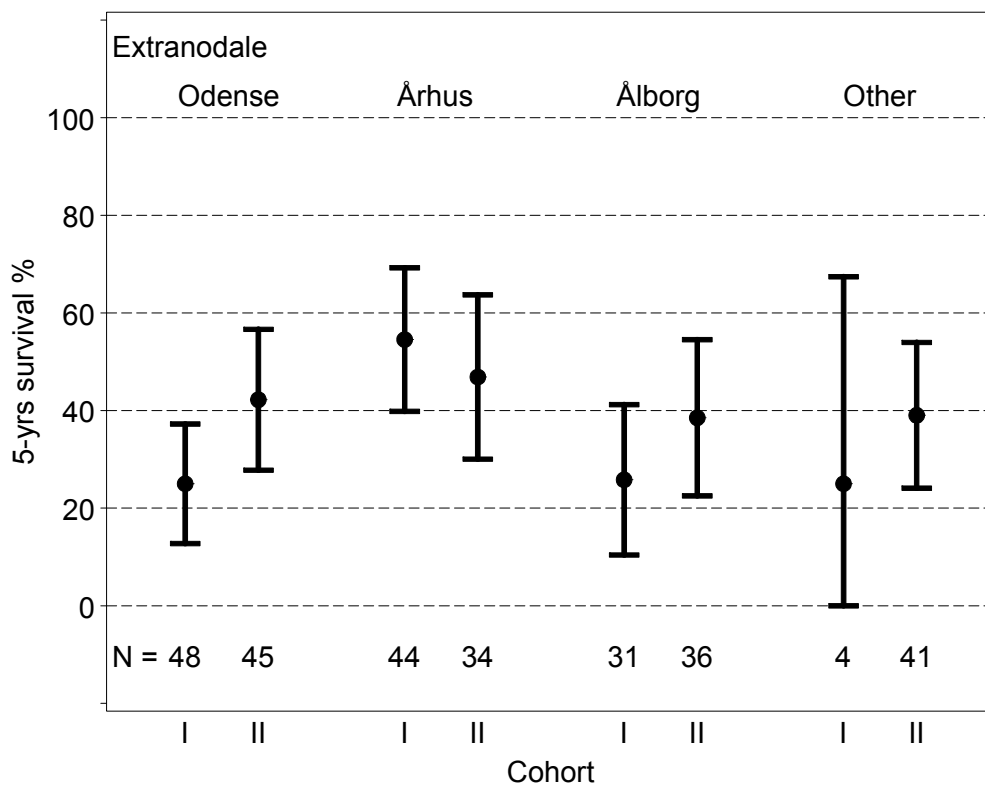


Fig.G47. Center-specifik 5-års overlevelse opdelt på kohorter (I=1985-87, II=1997-99) for patienter med DLBCL og ekstranodal sygdom (Vest-DK).

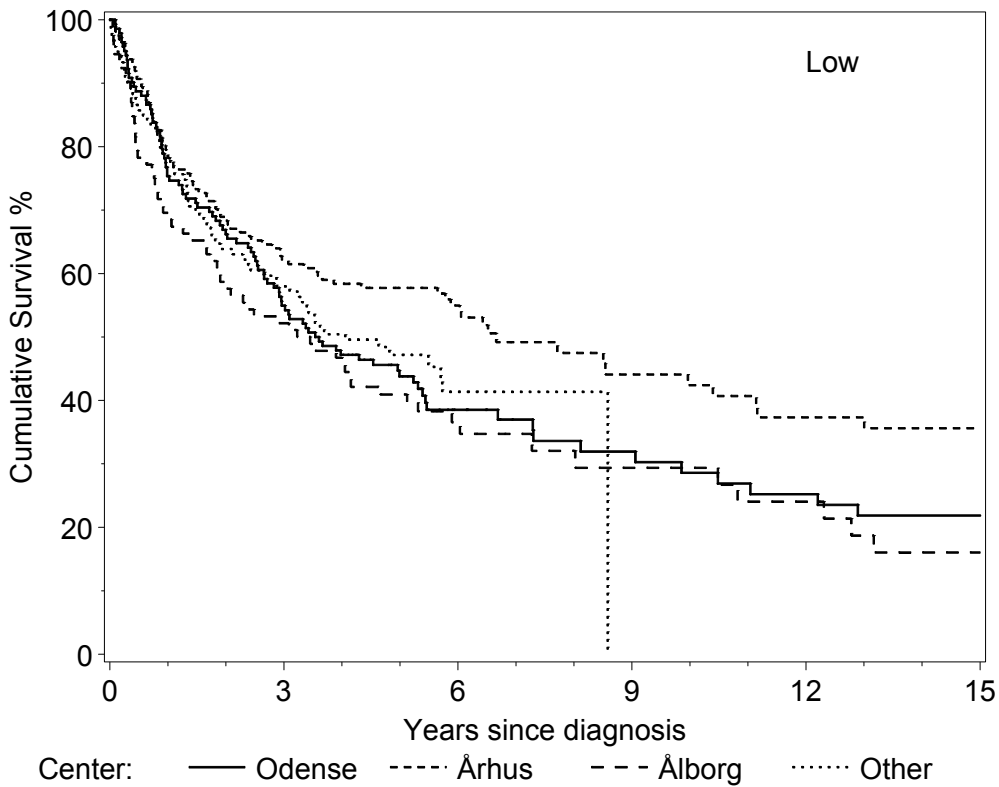


Fig.G48. Center-specifik overlevelse for patienter med DLBCL og IPI'Low' (lav + lav-intermediær risikogruppe) (Vest-DK).

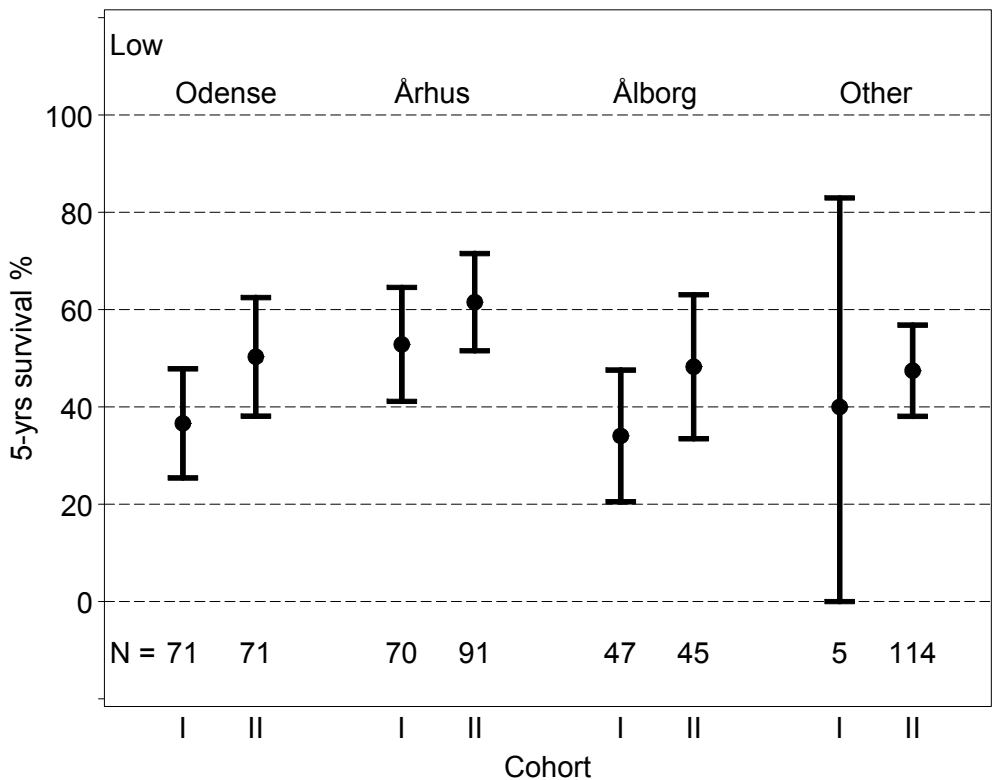


Fig.G49. Center-specifik overlevelse for patienter med DLBCL og IPI 'Low' (lav og lav-intermediær risikogruppe) (Vest-DK).

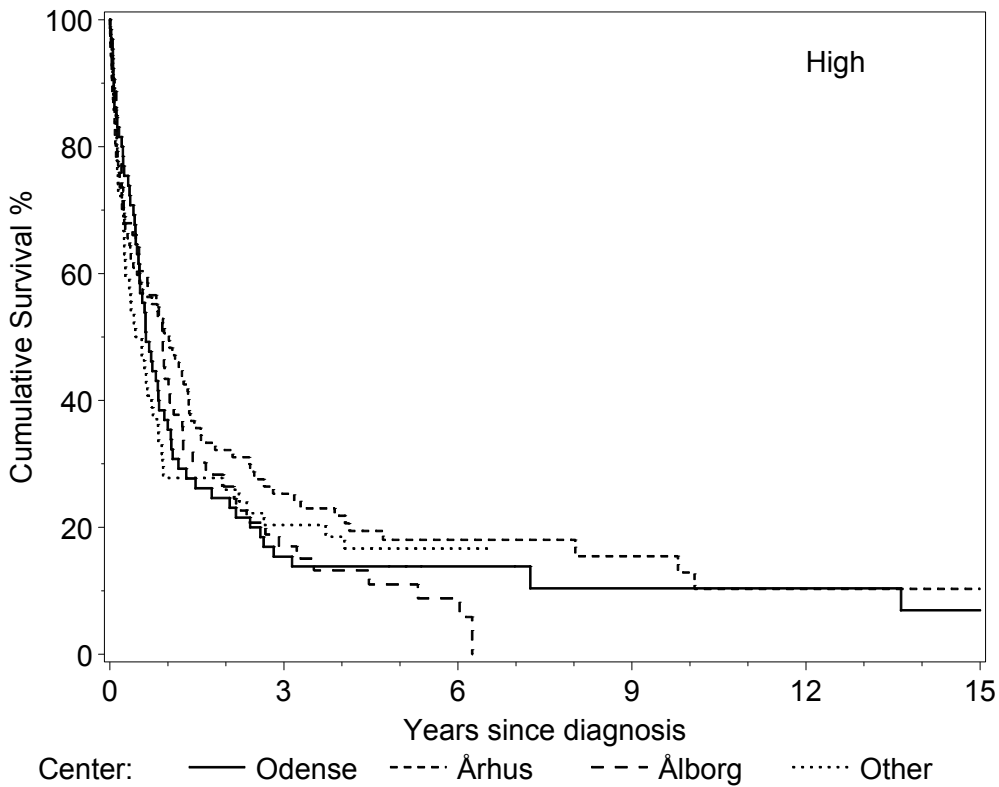


Fig.G50. Center-specifik overlevelse for patienter med DLBCL og IPI 'High' (interm.-høj og høj risikogruppe) (Vest-DK).

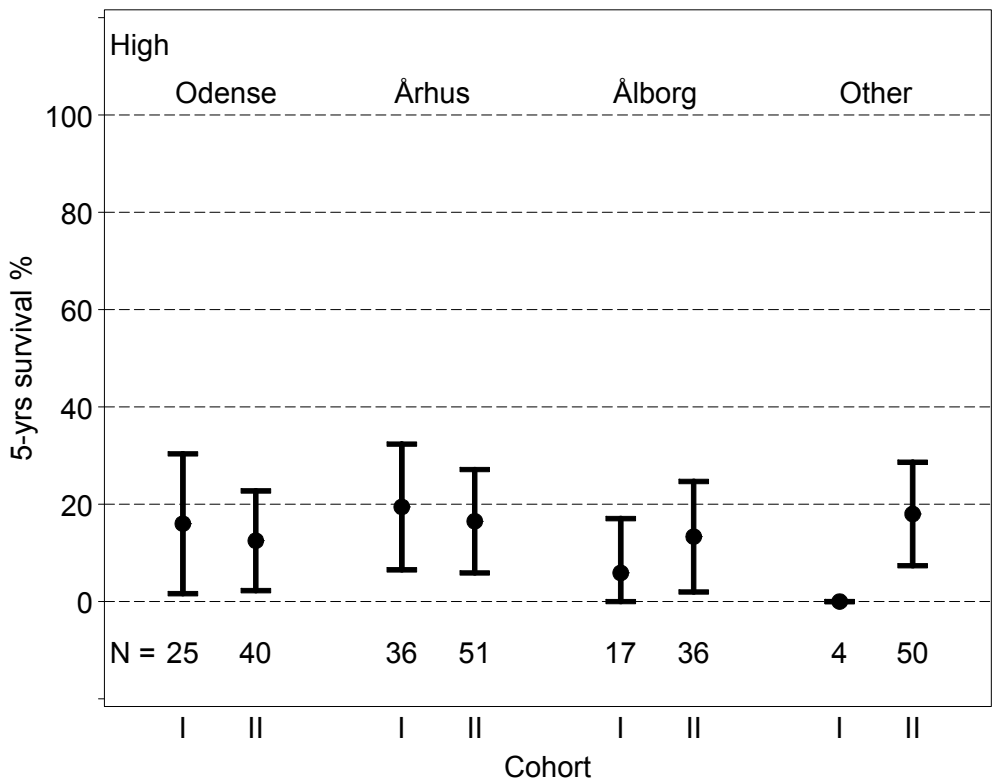


Fig.G51. Center-specifik 5-års overlevelse opdelt på kohorter (I=1985-87, II=1997-99) for patienter med DLBCL og IPI 'High' (Vest-DK).

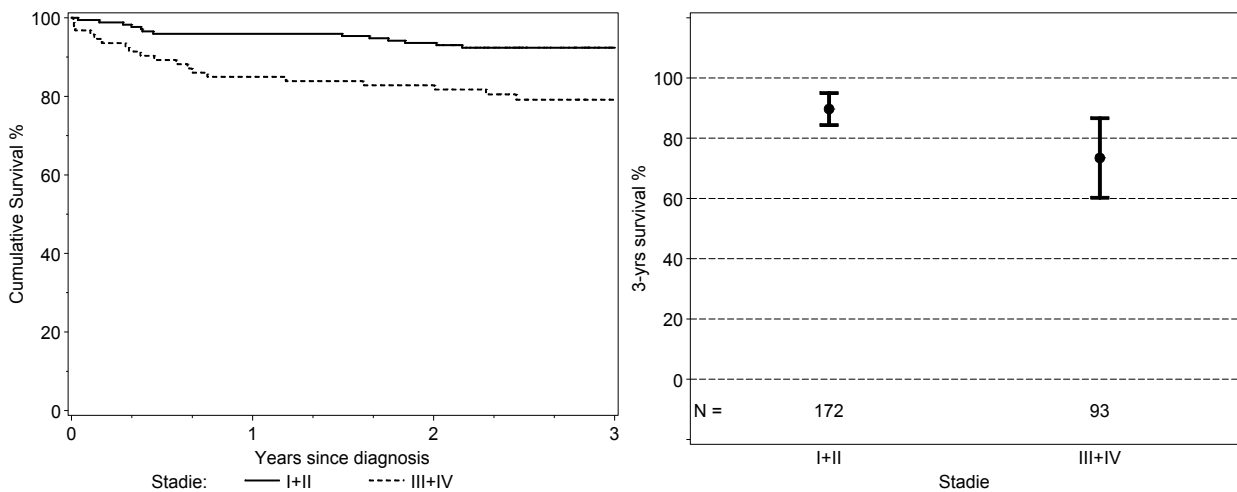


Fig G52. 3-års overlevelse for lokaliseret (stadium I-II) vs. dissemineret (stadium III-IV) sygdom ved HL (hele landet). NB: Denne figur er den eneste i rapporten visende en 3-års overlevelse. Dette skyldes den korte follow-up periode siden 1998, da HL begyndte at blive registreret i LYFO-databasen.

Konklusive bemærkninger

Denne rapport repræsenterer det første grundlag ('baseline') hvorpå fremtidige regelmæssige evalueringer af lymfomdiagnostik og -behandling i Danmark vil kunne ske.

En varm tak til alle de klinikere, patologer, bioanalytikere, pleje- og sekretærpersonale, der med deres mangeårige flittige registrering af patientforløb, har gjort det muligt at opbygge det datagrundlag som denne rapport tager udgangspunkt i.

I skrivende stund afventes en endelig tilbagemelding fra det offentlige, fra private organisationer og fra industrien om økonomisk støtte til DLG. Vi takker foreløbig alle de kontaktede organisationer for den generelle goodwill udvist overfor DLG. Evt. opnået økonomisk støtte vil blive annonceret ved DLGs næste plenummøde, den 30. september 2004 i Århus.