



Ovariecancer

– Medicinsk kræftbehandling af ældre patienter

Version 1.0

GODKENDT

Faglig godkendelse

31. august 2020 (DMCG)

Administrativ godkendelse

9. oktober 2020 (Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

REVISION

Planlagt: 31. august 2023

INDEKSERING

DGCG, c.ovarii, ovariecancer, ældre patienter, geriatrisk onkologi, kemoterapi

Indholdsfortegnelse

1. Anbefalinger (Quick guide).....	3
Kemoterapi til ældre patienter med ovariecancer.....	3
2. Introduktion	4
3. Grundlag	5
Kemoterapi til ældre patienter med ovariecancer	5
4. Referencer	9
5. Metode	10
6. Monitorering	11
7. Bilag	11
8. Om denne kliniske retningslinje.....	12

1. Anbefalinger (Quick guide)

Kemoterapi til ældre patienter med ovariecancer.

1. **Ældre patienter uden væsentlig komorbiditet kan i lighed med yngre patienter tilbydes platinbaseret kombinationskemoterapi (B).**

2. Introduktion

Hovedparten af patienter med epitelial ovariecancer, tubacancer eller peritoneal cancer – i det efterfølgende betegnet som ovariecancer har på diagnosetidspunktet avanceret sygdom. Incidensen af sygdommen stiger med alder, medianalder for sygdomsdebut er 63 år, og ca. 30 % af patienterne er på diagnosetidspunktet over 70 år. Den demografiske udvikling medfører, at andelen af ældre patienter med ovariecancer vil vokse i fremtiden. Gruppen af ældre patienter er generelt dårligt repræsenteret i klinisk prospektive studier, hvilket medfører, at viden omkring effekt og toxicitet af medicinsk kræftbehandling til denne gruppe er sparsom. Ældre patienter har som forventet kortere OS, men også kortere PFS. Det vides ikke, om dette skyldes, at patienterne eller behandlende læge fravælger standard behandling med kombinations kemoterapi, eller hvorvidt behandlingen oftere stoppes eller gives i reduceret dosis. Det samme gør sig gældende i forhold til, hvorledes komorbiditet influerer på valg af behandling, og hvilke former for komorbiditet, der er bestemmende for ældre patienters tolerance overfor medicinsk kræftbehandling.

Formål

Det overordnede formål med retningslinjen er at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark. Formålet med retningslinjen er at præsentere eksisterende evidens og tilvejebringe en række anbefalinger baseret på dette.

Patientgruppe

Patienter med nydiagnosticeret epitelial ovariecancer FIGO stadie I-IV.

Målgruppe for brug af retningslinjen

Denne retningslinje skal primært understøtte det kliniske arbejde og udviklingen af den kliniske kvalitet, hvorfor den primære målgruppe er klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen. Primært onkologer, gynækologer og patologer indenfor den gynækologiske onkologi.

3. Grundlag

Kemoterapi til ældre patienter med ovariecancer

1. Ældre patienter uden væsentlig komorbiditet kan i lighed med yngre patienter tilbydes platinbaseret kombinationskemoterapi (B).

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingerne er baseret på 1 systematisk review, 6 retrospektive studier, 3 prospektive studier (2 fase III og 1 fase IV) og 1 observationsstudie.

Et review publiceret i 2017 har gennemgået litteraturen og beskriver de udfordringer, man som kliniker kan stå overfor ved planlægning af kræftbehandling af ældre patienter. I forhold til kirurgi finder man, at på trods af en sammenhæng mellem alder og stigende risiko for kirurgiske komplikationer, så er korrekt selekterede ældre patienter i stand til at tåle et ekstensivt kirurgisk indgreb med kurativt sigte. Ligeledes beskrives, at neoadjuverende kemoterapi forud for kirurgi for disse patienter er associeret med højere grad af makroskopisk radikalitet ved operation, lavere morbiditet og mortalitet. Ved medicinsk behandling af ældre patienter finder man, at valget omkring den mest optimale behandling ikke bør tages udelukkende ud fra patientens alder, men at man med fordel kan gøre brug af kliniske testværktøjer med henblik på at få et mere nuanceret billede af den ældre patients almene tilstand. Som et eksempel på et sådant screeningsværktøj nævnes Gate-speed test, hvor man måler, hvor hurtigt patienten kan gå en på forhånd udmålt distance (eksempelvis 10 meter) og ved at sammenligne med alderskorrigerede normalværdier få en vurdering af skrøbeligheden af den enkelte patient [1] (evidensniveau 1a).

Et prospektivt studie publiceret i 2013 inkluderede 275 patienter med FIGO st. II-IV ovariecancer fra fem europæiske centre. Patienterne blev efter inklusion inddelt i 2 grupper. I en gruppe af ældre patienter indgik 47 patienter (17,1 %) \geq 70 år, og i den anden gruppe inkluderedes 228 patienter $<$ 70 år. Medianalderen for sygdomsdebut var 58 år (18–85), median follow up 36 måneder. På trods af studiets ikke-randomiserede design var grupperne \geq og $<$ 70 år velbalancerede mht. stadie, histologi, gradering, ascites og peritoneal karcinomatose, men signifikant flere ældre havde ECOG performance status \geq 2 (10,6 % vs 3,1 %, $p=0.047$). Studiet viste, at andelen af patienter \geq 70 år, som modtog optimal behandling med kirurgi og platinholdig kombinations kemoterapi, var statistisk signifikant mindre (40,4 % vs. 70,1 %, $p < 0,001$) i forhold til de yngre patienter. Ligeledes var PFS (12 vs 20 måneder, $p=0.022$) og OS (30 vs 64 måneder, $p<0.001$) signifikant kortere for gruppen af ældre patienter. Performance status, men ikke alder, var en selvstændig prognostisk faktor for PFS, mens alder, ikke overraskende, havde signifikant indflydelse på OS. Alle patienter modtog platinbaseret kemoterapi, men et øget antal af ældre patienter blev behandlet med monoterapi carboplatin (21,3 % vs. 2,2 % $p < 0,001$). I gruppen af yngre patienter opnåede 78,5 % af de yngre patienter klinisk respons på primær kemoterapi mod 57,4 % af de ældre ($p = 0,003$). For gruppen af ældre som modtog optimal kirurgisk og onkologisk behandling, nærmede behandlingsresultaterne sig den yngre gruppes uden helt at være på højde med disse [2] (evidensniveau 2b).

To studier fra den danske gynækologiske cancerdatabase har vist, at ældre patienter i mindre grad modtager optimal behandling, hvad angår radikal kirurgi og kemoterapi. Komorbiditet var en selvstændig dårlig prognostisk faktor associeret med øget mortalitet i begge studier, mens alders effekten var usikker [3,4] (evidensniveau 2b).

I et retrospektivt GOG studie fra 2007 med 1.895 patienter i FIGO st. III behandlet med primær kirurgi fulgt af carboplatin-paclitaxel var stigende alder lineært forbundet med risiko for recidiv og død (HR = 1.12, 95 % CI 1.06-1.18). For hver 10 års stigning i alder, steg risiko for progression og død med hhv. 6 og 12 %. Patienter med performance status 1-2 havde signifikant øget risiko for progression og død sammenlignet med patienter med performance status 0, ligesom graden af radikalitet opnået ved operationen ikke overraskende var signifikant associeret med risiko for recidiv. Der er i dette studie ikke foretaget en analyse af ældres tolerance overfor behandling sammenholdt med PFS [5] (evidensniveau 2b).

I et retrospektivt studie publiceret i 2016 gennemgik man journaler fra 1996-2006 på 78 patienter > 65 år behandlet for primær ovariecancer, FIGO stadie I-IV (61 af patienterne havde FIGO st III-IV). Det hyppigst anvendte regime var Carboplatin AUC 5/Paclitaxel 175 mg/m². Studiet viste, at 63 patienter (80.8 %) gennemførte behandlingen, 62 af disse uden dosisreduktion. Sammenlignede man de patienter, der ikke gennemførte behandlingen/fik dosisreduktion med den gruppe af patienter, der gennemførte behandlingen, var hazard ratio for PFS 1.3 (95 % CI 0.51-3.26) og for OS 0.63 (95 % CI 0.17-2.33) og studiet kunne således ikke påvise nogen signifikant forskel på PFS for patienterne, hvad enten de fik dosisreduktion eller ej. Studiet viste, at ældre kvinder var i stand til at tåle standard kemoterapi og med relativt få alvorlige bivirkninger, men også at der er behov for at designe prospektive studier med henblik på at få en bedre forståelse af tolerabilitet og effektivitet af kemoterapi til ældre patienter [6] (evidensniveau 2b).

I et andet ligeledes retrospektivt studie publiceret i 2020 indgik 979 patienter, 615 patienter (62.8 %) < 65 år, 225 patienter (22.6 %) mellem 65-74 og 139 patienter (14.2 %) ≥ 75. Studiets formål var at undersøge forskel i behandling og dets betydning for overlevelse i de 3 aldersgrupper. Ikke overraskende havde signifikant flere i gruppen af ældre patienter mere komorbiditet og højere ASA score end gruppen af yngre patienter, men derudover var grupperne sammenlignelige i forhold til FIGO stadie og tumortype. Man fandt, at ældre patienter i signifikant mindre grad end yngre patienter fik tilbudt standard kirurgi i form af hysterektomi, salpingo-ooforektomi, fjernelse af oment, pelvine og paraaortale lymfeknuder (40 % for patienter ≥75 år vs 59 % i gruppen 65-74 år og 72 % for patienter <65 år, p < 0.001), og der blev i de to grupper af ældre patienter fundet mere rest sygdom efter kirurgi end hos yngre patienter (30 % vs 20 %, p < 0.05). I gruppen, der fik neoadjuverende kemoterapi fik 23 % af de ≥ 75-årige <6 serier kemoterapi, mens det kun var 10 % af patienterne i de andre aldersgrupper, der ikke gennemførte neoadjuverende kemoterapi (p = 0.003). I forhold til 3 års overlevelsen var overlevelsesraten ved 3 år ligeledes signifikant forskellig på henholdsvis 56.4 % (44.5-71.4) for patienter > 75 år, 61.3 % (53.1-70.8) for gruppen af patienter mellem 65-74 år og 76.2 (71.8-80.8) for gruppen af patienter < 65 år (p < 0.001). Man opfordrer i studiets konklusion til, at ældre patienter i højere grad tilbydes individuel onkologisk-geriatrisk vurdering forud for behandling, og at der ligeledes designes flere studier med fokus på den ældre patientgruppe med formål at få udarbejdet evidensbaserede guidelines [7] (evidensniveau 2b).

Et observationelt studie publiceret i 2015, baseret på 1151 franske patienter med ovariecancer viser også en forskel i behandlingen af ældre patienter sammenlignet med yngre. Her var 38.9 % af patienterne ≥ 70 år. Man fandt, at signifikant færre ældre patienter fik foretaget kirurgi (60.9 vs 89.6 %, p < 0.001) eller fik kemoterapi (57.4 vs 76.4%, p < 0.001) og anbefaler, at man i fremtidige studier sætter fokus på ældre patienters komorbiditet i forhold til at øge behandlingseffekten for denne patientgruppe [8] (evidensniveau 2b).

I et prospektivt GINECO studie (FAG3/EWOT-3) forsøgte man at identificere faktorer, som omregnet til en score kunne vurdere sårbarheden af patienter forud for start af behandling. I studiet indgik 111 patienter, og for hver patient udregnede man en GVS score (Geriatric Vulnerability Score), som er summen af følgende parametre: albumin niveau < 35 g/l, lymfocyt tal < 1 g/L, ADL score < 6, IADL score < 6 og HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) > 14. Hver enkelt parameter fik værdien 1. Studiet viste, at patienter med GVS score ≥ 3 havde signifikant dårligere overlevelse end ældre med lavere score (11.5 mdr. vs. 21.7 mdr.) samt

sværere ved at gennemføre behandlingen. Muligvis er der således en gruppe ældre, som ikke profiterer af intensiv behandling, men tværtimod får et dårligere udkomme [9] (evidensniveau 2b).

Et andet retrospektivt studie har forsøgt at identificere de mest skrøbelige ældre patienter ud fra et Modified Frailty Index (mFI). Indexet består af 11 spørgsmål vedrørende eksempelvis diabetes, TCI, hjerteproblemer og cerebrale insulter og PS, og scoren går fra 0-11. I studiet indgik 78 patienter med epitelial ovariecancer > 70 år, og de blev inddelt i 2 aldersgrupper, 70-75 år (40 patienter) og > 75 år (38 patienter). Dernæst udregnede man en mFI score for den enkelte patient. Der blev fundet 23 patienter med en mFI score på > 4, og de blev betragtet om high frailty. Af patienterne mellem 70-75 år fik 20 % ikke tilbudt kirurgi eller udelukkende eksplorativ laparotomi mod 55.5% af patienterne > 75 år. Andelen af patienter, der fik postoperative komplikationer, var signifikant højere for high frailty patienter (23.5 % vs 4.3 %, $p=0.03$), mens der ikke blev fundet forskel på bivirkninger til kemoterapi. Således finder man i lighed med andre studier, at en gruppe af ældre patienter tåler standard behandling med kirurgi og kemoterapi, og at et diagnostisk screeningsværktøj med fordel kan anvendes med henblik på at få en mere korrekt vurdering af patienternes biologiske alder [10] (evidensniveau 2b).

Baseret på data på 5317 patienter med ovariecancer fra dansk gynækologisk cancer database har man i et studie publiceret i 2017 forsøgt at undersøge sammenhængen mellem komorbiditet, valg af behandling, forlænget tid til opstart af behandling og overlevelse. En modificeret udgave af Charlson Komorbiditet Indeks (CKI) hvor niveau af komorbiditet blev kategoriseret som 0, 1 eller > 2 blev brugt til at klassificere patienternes komorbiditet. Ovarian Cancer Comorbidity Index (OOCI) hvor patientens på baggrund af alder og graden af komorbiditet klassificeres som værende i lav, moderat eller høj risiko blev anvendt i forhold til at vurdere forskel i overlevelse. Ud fra CKI havde 4104 patienter (77.2 %) ingen komorbiditet (CKI=0), 756 patienter (14.2 %) var CKI=1 og mens 457 (8.6 %) blev klassificeret som CKI=2. Ud fra OOCI var mere halvdelen af patienterne i moderat risiko (2743 patienter, 51.6 %) og 1311 (24.7 %) i høj risiko.

Primær kirurgi blev udført på 3945 patienter (74.2 %), 1160 patienter (21.8 %) fik neoadjuverende kemoterapi, mens 212 patienter (4 %) ikke kunne tilbydes kurativ behandling. Korrigeret for FIGO stadie og alder kunne der ikke påvise at patienternes komorbiditet havde signifikant betydning for valg af behandling, CKI=1: OR 1.11 [95 % CI 0.87-1.41] og CKI>2: OR 1.16 [95% CI 0.87-1.56] Der var ingen signifikant sammenhæng mellem niveau af komorbiditet og forlænget tid til opstart af behandling for de patienter der fik neoadjuverende kemoterapi, hvorimod der for patienter med CKI>2 der fik tilbudt primær kirurgi havde større risiko for at få forlænget tid til behandlingsopstart (OR 1.54 [95% CI 1.19-1.98], $p<0.001$), en sammenhæng der stadig var gældende efter data var justeret for alder (OR 1.49 [95 % CI 1.21-1.85] $p<0.001$). Neoadjuverende kemoterapi eller primær kirurgi gav i studiet ingen signifikant forskel på patienternes OS. Graden af komorbiditet hos den enkelte patient klassificeret ud fra såvel CKI og OOCI var i studiet signifikant associeret med dårligere overlevelse, men kombinerede man komorbiditet og performance status (PS) viste det sig, at PS medierede en væsentlig del af den prognostiske effekt af komorbiditet [11].

GCIG-ENGOT-GINECO har for nyligt publiceret et randomiseret studie (EWOC-1). Ud fra tidligere omtalte GVS score randomiserede man ældre skrøbelige patienter (det vil sige, at man kun inkluderede skrøbelige patienter med GVS score > 3) til forskellige kemoterapi regimer. Primært endepunkt var behandlingstolerabilitet, defineret som evnen til at gennemføre 6 serier kemoterapi uden progression, uacceptabel toxicitet eller død. Mellem december 2013 og april 2017 inkluderedes 120 patienter ≥ 70 år med primær avanceret epitelial ovariecancer, FIGO stadie III eller IV og GVS score ≥ 3 . Patienterne blev randomiseret til 3 arme:

- Arm A: Carboplatin AUC 5-6 samt Paclitaxel 175 mg/m² hver 3 uge, 6 serier
- Arm B: Carboplatin AUC 5-6 hver 3 uge, 6 serier
- Arm C: Ugentligt Carboplatin AUC 2 samt Paclitaxel 60 mg/m², 6 serier

Alle 3 arme var velbalanceret i forhold til alder, FIGO stadie og primær kirurgi. Andelen af patienter, der gennemførte de 3 arme, var henholdsvis 65 %, 47% og 60 % ($p=0.15$). Hovedårsagen til behandlingsophør var toxicitet eller progression. Median PFS var for arm A 12.5 måneder (95 % CI 10.3-15.3) arm B 4.8 måneder (95 % CI 3.8-15.3) og arm C 8.3 måneder (95 % CI 6.6-15.3) $p< 0.001$. Studiet nåede ikke at påvise en forskel i median OS da det blev stoppet før tid fordi overlevelsen i Arm B var signifikant dårligere. Studiet konkluderede, at for sårbare patienter var såvel Carboplatin monoterapi samt ugentligt Paclitaxel/Carboplatin en mindre effektiv standard behandling og med en signifikant dårligere overlevelse [12] (evidensniveau 1b).

Alt i alt kan det konkluderes, at korrekt selekterede ældre patienter tåler onkologisk behandling med kirurgi og kombinations kemoterapi, men at de ofte underbehandles på grund af kronologisk alder. Valg af behandling til skrøbelige ældre patienter baseres i klinikken ofte på et individuelt skøn uden præcis viden om, hvilke faktorer der spiller ind på tolerabilitet af behandlingen.

Der er i fremtiden behov for flere studier med fokus på komorbiditet og kemoterapi, ligesom der med fordel kunne udvikles flere valide kliniske screenings metoder i forhold til at optimere valget af optimal behandling for den ældre patient.

Patientværdier og – præferencer

Ældre patienter med ovariecancer er en heterogen gruppe hvad angår almen tilstand, livsvilkår og livsværdier. Man vil derfor kunne forvente store individuelle forskelle i, hvilke holdninger og præferencer den enkelte patient har til sin kræftbehandling. Ligeledes vil det kunne forventes, at bivirkningsprofilen ved den medicinske behandling og risikoen for morbiditet efter kirurgi vil kunne have stor betydning for den enkelte patients valg af behandling. Fælles beslutningstagning eventuelt med brug af et beslutningsstøtteværktøj vil for denne gruppe af patienter være særdeles væsentligt i forhold til at hjælpe patienterne med at afveje fordele, ulemper og effekt af behandling i forhold til patienternes værdier og præferencer.

Rationale

Anbefalingen er hovedsageligt baseret på retrospektive studier, men der synes at være en vis evidens for, at behandling af ældre patienter med avanceret ovariecancer med kemoterapi og kirurgi har effekt på PFS og tåles udmærket. Dog er det essentielt, at patienterne forud for behandling screenes nøje med henblik på at få udvalgt den gruppe af patienter, som vurderes at kunne profitere af behandlingen og få tilrettelagt individuelle behandlingsplaner for de mest skrøbelige ældre patienter.

4. Referencer

1. Tortorella L VG, Fusco D, Cho WC, Bernabei R. Ovarian Cancer Management in the Oldest Old: Improving Outcomes and Tailoring Treatments. *Aging and Disease*. 2017;8(5):677-84.
2. Trillsch F, Woelber L, Eulenburg C, Braicu I, Lambrechts S, Chekerov R, et al. Treatment reality in elderly patients with advanced ovarian cancer: a prospective analysis of the OVCAD consortium. *J Ovarian Res*. 2013;6(1):42.
3. Jorgensen TL, Teiblum S, Paludan M, Poulsen LO, Jorgensen AY, Bruun KH, et al. Significance of age and comorbidity on treatment modality, treatment adherence, and prognosis in elderly ovarian cancer patients. *Gynecol Oncol*. 2012;127(2):367-74.
4. Sperling C, Noer MC, Christensen IJ, Nielsen ML, Lidegaard O, Hogdall C. Comorbidity is an independent prognostic factor for the survival of ovarian cancer: a Danish register-based cohort study from a clinical database. *Gynecol Oncol*. 2013;129(1):97-102.
5. Winter WE, 3rd, Maxwell GL, Tian C, Carlson JW, Ozols RF, Rose PG, et al. Prognostic factors for stage III epithelial ovarian cancer: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol*. 2007;25(24):3621-7.
6. Muralikrishnan S, Hatzis C, Katz A, Santin A, Schwartz PE, Abu-Khalaf MM. Chemotherapy for Elderly Ovarian Cancer Patients. *Gynecol Obstet (Sunnyvale)*. 2016;6(8).
7. Joueidi Y, Dion L, Bendifallah S, Mimoun C, Bricou A, Nyangoh Timoh K, et al. Management and Survival of Elderly and Very Elderly Patients with Ovarian Cancer: An Age-Stratified Study of 1123 Women from the FRANCOGYN Group. *J Clin Med*. 2020;9(5).
8. Fourcadier E, Tretarre B, Gras-Aygon C, Ecarnot F, Daures JP, Bessaoud F. Under-treatment of elderly patients with ovarian cancer: a population based study. *BMC Cancer*. 2015;15:937.
9. Falandry C, Weber B, Savoye AM, Tinquaut F, Tredan O, Sevin E, et al. Development of a geriatric vulnerability score in elderly patients with advanced ovarian cancer treated with first-line carboplatin: a GINECO prospective trial. *Ann Oncol*. 2013;24(11):2808-13.
10. Ferrero A, Fuso L, Tripodi E, Tana R, Daniele A, Zanfagnin V, et al. Ovarian Cancer in Elderly Patients: Patterns of Care and Treatment Outcomes According to Age and Modified Frailty Index. *Int J Gynecol Cancer*. 2017;27(9):1863-71.
11. Noer MC, Sperling CD, Ottesen B, Antonsen SL, Christensen IJ, Hogdall C. Ovarian Cancer and Comorbidity: Is Poor Survival Explained by Choice of Primary Treatment or System Delay? *Int J Gynecol Cancer*. 2017;27(6):1123-33.
12. Claire Falandry AMS, Laetitia Stefani, Fabien Tinquaut, Domenica Lorusso, Jorn EWOC-1: A randomized trial to evaluate the feasibility of three different first-line chemotherapy regimens for vulnerable elderly women with ovarian cancer (OC): A GCIG-ENGOT-GINECO study. (tilgået 25.6.2020)

5. Metode

Litteratursøgning

Ovenstående anbefalinger er opnået ved en gennemgang af den eksisterende litteratur ved forfatterne. Alle studietyper blev inkluderet i søgningen. Den systematiske søgning er foretaget i PubMed (Keywords: ovarian cancer, elderly, old age, geriatric, chemotherapy, comorbidity, frailty, vulnerable, surgery).

Referencer er tilføjet ad hoc, når ny viden publiceres.

Litteraturgennemgang

Ovariecancerarbejdsgruppen har gennemgået litteraturen, vægtet publikationerne, syntetiseret resultaterne og vurderet evidensen.

Formulering af anbefalinger

Anbefalingerne er formuleret på baggrund af en diskussion i gruppen, og herefter skrevet af en enkelt person med særlig interesse for og fagligt kendskab til det pågældende emne. Oplægget rundsendes til gruppens øvrige medlemmer, hvorefter der tilrettes med indkomne konstruktive forslag og litteratur.

Interessentinvolvering

Patientorganisationer har ikke været inddraget i denne anbefaling.

Høring og godkendelse

Anbefalingerne har herefter været til høring i DGCGs bestyrelse og på DGCGs hjemmeside i en måned, hvor efter anbefalingerne revideres i forhold til indkomne forslag. Herefter vedtages anbefalingerne endeligt.

Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

Ikke relevant for denne guideline.

Forfattere

På vegne af DGCG:

- Onkolog. Afdelingslæge Mette Hæe, Onkologisk afd., Aarhus Universitetshospital
- Onkolog. Professor, Overlæge, ph.d. Karina Dahl Steffensen, Onkologisk afd., Vejle Sygehus, Syddansk Universitetshospital
- Gynækolog. Overlæge, ph.d. Berit Jul Mosgaard, Gynækologisk afd., Rigshospitalet
- Gynækolog. Overlæge, Dr. Med. Lone Kjeld Pedersen, Gynækologisk afd., Odense Universitetshospital
- Gynækolog. Overlæge, ph.d. Signe Frahm Bjørn, Gynækologisk afd., Rigshospitalet
- Gynækolog. Overlæge, Thora Christiansen, Gynækologisk afd., Rigshospitalet
- Gynækolog. Professor, Overlæge, dr.med. Ole Mogensen, Gynækologisk afd., Aarhus Universitetshospital
- Patolog. Overlæge, Else Mejlgaard, Patologisk afd., Aarhus Universitetshospital
- Patolog. Overlæge, Iben Joensen, Patologisk afd., Odense Universitetshospital

- Patolog. Afdelingslæge, Julie Brask, Patologisk afd., Rigshospitalet
- Nuklearmediciner. Overlæge, ph.d. Malene Grubbe Hildebrandt, Nuklearmedicinsk afd., Odense Universitetshospital

6. Monitorering

Ældre patienter med ovariecancer monitoreres ikke som selvstændig gruppe i den danske gynækologiske cancerdatabase DGCD men indgår i den samlede patientpopulation i samtlige indikatorer for ovarie-, tuba- og peritonealcancer.

7. Bilag

Denne kliniske retningslinje har ingen bilag.

8. Om denne kliniske retningslinje

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet i et samarbejde mellem Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk) og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Indsatsen med retningslinjer er forstærket i forbindelse med Kræftplan IV og har til formål at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet i Danmark. Det faglige indhold er udformet og godkendt af den for sygdommen relevante DMCG. Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet har foretaget en administrativ godkendelse af indholdet. Yderligere information om kliniske retningslinjer på kræftområdet kan findes på:

www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer

Retningslinjen er målrettet klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og indeholder systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

De kliniske retningslinjer på kræftområdet har karakter af faglig rådgivning. Retningslinjerne er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

Retningslinjen indeholder, udover de centrale anbefalinger (kapitel 1), en beskrivelse af grundlaget for anbefalingerne – herunder den tilgrundliggende evidens (kapitel 3+4). Anbefalinger mærket A er stærkest, Anbefalinger mærket D er svagest. Yderligere information om styrke- og evidensvurderingen, der er udarbejdet efter "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations", findes her: http://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer---skabeloner-og-vejledninger/oxford-levels-of-evidence-2009_dansk.pdf

Generelle oplysninger om bl.a. patientpopulationen (kapitel 2) og retningslinjens tilblivelse (kapitel 5) er også beskrevet i retningslinjen. Se indholdsfortegnelsen for sidehenvisning til de ønskede kapitler.

For information om Sundhedsstyrelsens kræftpakker – beskrivelse af hele standardpatientforløbet med angivelse af krav til tidspunkter og indhold – se for det relevante sygdomsområde:

<https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/pakkeforloeb/beskrivelser>

Denne retningslinje er udarbejdet med økonomisk støtte fra Sundhedsstyrelsen (Kræftplan IV) og RKKP.