Ovariecancer

– Medicinsk kræftbehandling af ældre patienter

Version 2.0

GODKENDT
Faglig godkendelse
3. november 2025 (DMCG)
Administrativ godkendelse
12. november 2025 (Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

REVISION
Planlagt: 3. november 2028

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

Nyt siden sidst (ændringslog)

Nyt siden version 1.0

Retningslinjeafsnit	Beskrivelse af ændring
Anbefalinger	Tilføjet anbefalinger om vedligeholdelsesbehandling med bevacizumab og PARP hæmmere
Litteratur- og evidensgennemgang	Relevante studier publiceret efter sidste udgave tilføjet
Referencer	Ny referenceliste
Litteratursøgning	"ovarian cancer" AND (elderly OR "old age" OR "geriatric" OR "older adults") AND (chemotherapy OR immunotherapy OR "targeted therapy" OR "antineoplastic therapy") (relevante reference ligeledes gennemset og inddraget hvor relevant)

Indholdsfortegnelse

1. Anbefalinger (Quick guide) 4
Medicinsk kræftbehandling til ældre patienter med ovariecancer 4
2. Introduktion 5
3. Grundlag 9
Medicinsk kræftbehandling til ældre patienter med ovariecancer 9
4. Referencer 15
5. Metode 18
6. Monitorering 20
7. Bilag 21
8. Om denne kliniske retningslinje 22

1. Anbefalinger (Quick guide)

Medicinsk kræftbehandling til ældre patienter med ovariecancer

1. **Ældre patienter i performance status 0-2 kan i lighed med yngre patienter tilbydes platinbaseret kombinationskemoterapi (B)**

2. **Ældre patienter i performance status 0-2 kan i lighed med yngre patienter tilbydes vedligeholdelsesbehandling med bevacizumab (B)**

3. **Ældre patienter i performance status 0-2 kan i lighed med yngre patienter tilbydes vedligeholdelsesbehandling med PARP-hæmmere (A)**

4. **Geriatrisk screening og evt geriatrisk vurdering bør overvejes hos ældre patienter mhp at identificere anden sårbarhed end nedsat funktionstilstand, da det kan øge risikoen for toksicitet til den medicinske kræftbehandling (A)**

2. Introduktion

Hovedparten af patienter med epitelial ovariecancer, tubacancer eller peritonealcancer – i det følgende benævnt samlet som ovariecancer – har avanceret sygdom på diagnosetidspunktet. Incidensen stiger med alderen, og medianalderen ved diagnose nærmer sig 70 år, i takt med den aldrende befolkning (1).

Den faldende mortalitet gennem de seneste årtier ses primært blandt yngre patienter (1, 2), hvilket kunne skyldes, at ældre patienter i mindre grad modtager intensiv behandling. Patienter ≥70 år er generelt underrepræsenteret i kliniske, prospektive studier. Dette begrænser vores viden om effekt og toksicitet af medicinsk kræftbehandling i denne aldersgruppe. De ældre, der inkluderes i studier, er typisk i god almen tilstand og uden betydelig komorbiditet, hvilket reducerer generaliserbarheden til daglig klinisk praksis. Der kan derfor være tvivl om, hvorvidt ældre patienter generelt tåler standardbehandling som fastlagt i studierne.

Vurdering af den ældre kræftpatient

Performance status (PS) anvendes traditionelt ved beslutning om onkologisk behandling og er veletableret som prognostisk værktøj blandt yngre patienter. Hos ældre er PS dog ofte utilstrækkelig, da skrøbelighed påvirkes af flere faktorer end funktionsniveau alene.

I et stort observationelt studie med 1.398 nyhenviste kræftpatienter ≥70 år blev alle screenet med Geriatric 8 (G8) screeningsværktøjet (3). Her havde 74 % PS 0-1, men kun 35 % blev vurderet som "fit" ved G8, hvilket indikerer, at 65 % var skrøbelige – trods god PS. G8 findes i valideret dansk oversættelse (4) (Fig 1).

Clinical Frailty Scale (CFS) er en valideret skala til vurdering af skrøbelighed hos ældre >65 år i Danmark. Den går fra 1 (meget rask) til 9 (terminalt syg) (5), og det er nationalt krav, at CFS vurderes ved indlæggelse af patienter ≥80 år. CFS kan vise sig nyttig i beslutninger om onkologisk behandling, men er endnu ikke systematisk undersøgt i denne kontekst (Fig 2).

Det Europæiske Selskab for Medicinsk Onkologi (ESMO) og det Internationale Selskab for Geriatrisk Onkologi (SIOG) og Det Amerikanske Selskab for Klinisk Onkologi (ASCO) anbefaler, at alle kræftpatienter ≥70 år vurderes med en Geriatric Assessment and Management (GAM), så tidligt i forløbet som muligt – gerne før endelig behandlingsplan foreligger (6, 7). Alternativt kan en geriatrisk screening anvendes til at identificere patienter, som bør tilbydes en fuld GAM. Der er ikke én specifik anbefalet metode til screening, men kunne f.eks være den nævnte G8. Ved fund af skrøbelighed bør screening følges op med en fuld geriatrisk vurdering.

GAM omfatter vurdering af syv geriatriske domæner: funktionsstatus, komorbiditet, kognition, psykisk tilstand, ernæring, polyfarmaci og socialt netværk. For hvert domæne findes interventioner ved positivt fund. GAM har i studier vist sig at kunne forbedre livskvalitet, reducere behandlingsrelateret toksicitet og forbedre fysisk funktion (6). GAM er ressourcekrævende og er i Danmark endnu ikke implementeret i onkologisk rutinepraksis. Det er heller ikke fastlagt, hvordan resultaterne bør omsættes til behandlingsbeslutninger.

Dansk Selskab for Geriatrisk Onkologi (tidligere DCCC Age) har udarbejdet en national "G code" med forslag til værktøjer til vurdering af de syv nævnte domæner (dansk-g-code.pdf). Den bygger på en international model (8) og har til formål at skabe større ensartethed og sammenlignelighed både i forskning og klinik.

En metaanalyse af 58 studier har undersøgt skrøbeligheds påvirkning af prognose, toxicitet og behandlingstolerance hos ældre i systemisk kræftbehandling og fandt at skrøbelighed øgede risikoen for mortalitet OR 1,68, 95% CI 1,41-2,00, toxicitet (1,83 (1,24-2,68), nedsat behandlingstolerance (OR 1,68 (1,32-2,12) og for indlæggelser (OR 1,94 (1,32-2,83). Der findes ikke tilsvarende opgørelser alene for patienter med ovariecancer (9) .

Fig 1. Geriatric 8 (G8) screening test. Score ≤ 14 indikerer skrøbelighed, og man bør overveje opfølgning med geriatrisk vurdering og opfølgning.

G8 spørgeskema

	Punkt/emne/område	Svarmuligheder (point)
A	Er fødeindtaget faldet de sidste 3 måneder på grund af appetitløshed, problemer med fordøjelsen, problemer med at tygge eller synke?	0: udtalt/svært nedsat fødeindtag
		1: moderat nedsat fødeindtag
		2: ikke nedsat fødeindtag
B	Vægttab de sidste 3 måneder	0: vægttab > 3 kg
		1: ved ikke
		2: vægttab mellem 1-3 kg
		3: intet vægttab
C	Mobilitet	0: opholder sig kun i seng eller stol
		1: kan mobilisere fra stol eller seng, men kommer ikke udenfor (eller ud af boligen)
		2: kommer dagligt ud (af boligen)
E	Neuropsykologiske problemer	0: svær demens eller depression
		1: mild demens eller depression
		2: ingen neuropsykologiske problemer
F	Body Mass Index (BMI (vægt i kg) / (højde i m2)	0: BMI < 19
		1: BMI = 19- <21
		2: BMI = 21-<23
		3: BMI= / >23
H	Tager mere end 3 lægemidler dagligt	0: ja
		1: nej
P	Selvvurderet helbredstilstand: hvordan vurderer patienten hans/hendes helbredstilstand sammenlignet med personer i samme aldersgruppe	0: dårligere end
		0,5: ved det ikke
		1: lige så godt
		2: bedre
	Alder	0: >85
		1: 80-85
		2: <80
	Samlet score	**0-17**

Figur 2 . Clinical Frailty Score (CFS)

FIGUR 4 Clinical Frailty Scale

	1	MEGET GOD FORM	Mennesker der er robuste, aktive, energiske og motiverede. De motionerer typisk reglmæssigt og er blandt dem i bedst form for deres alder.
	2	GOD FORM	Mennesker **uden aktive symptomer på sygdom**, men i mindre god form end katagori 1. Ofte motionerer de eller er meget **aktive en gang imellem**, f.eks. på bestemte årstider.
	3	KLARER SIG GODT	Mennesker med **velkontrollerede sygdomsproblemer**, selvom de indimellem har symptomer. Oftest er de **ikke regelmæssigt aktive** udover rutinemæssige gåture.
	4	LEVER MED MEGET MILD SKRØBELIGHED	Denne kategori markerer en begyndende overgang fra komplet uafhængighed. Mennesker der **ikke er afhængige** af andre til daglige gøremål, men som ofte har **symptomer, der begrænser aktiviteterne**. En almindelig klage er at føle sig "langsom" eller træt i løbet af dagen.
	5	LEVER MED MILD SKRØBELIGHED	Mennesker der ofte er **mere tydeligt langsomme**, og har behov for hjælp til **komplekse daglige gøremål** (*Instrumental Activities of Daily Living* – økonomi, transport, hovedrengøring). Typisk vil mild skrøbelighed i stigende grad hæmme indkøb, gåture alene udenfor, madlavning, medicin og begynde at begrænse let husarbejde.
	6	LEVER MED MODERAT SKRØBELIGHED	Mennesker der har behov for hjælp til **alle udendørs aktiviteter** og med **at holde hus**. Ofte har de problemer med indendørs trappegang og behøver **hjælp til at gå i bad** og kan eventuelt have brug for minimal hjælp til påklædning (stikord, let støtte ved behov).
	7	LEVER MED SVÆR SKRØBELIGHED	**Fuldstændig afhængige af hjælp til egenomsorg**, uanset årsag (fysisk eller kognitiv). Alligevel virker de stabile og ikke i høj risiko for at dø inden for ca. 6 måneder.
	8	LEVER MED MEGET SVÆR SKRØBELIGHED	Fuldstændig afhængige af hjælp til personlig pleje og nærmer sig livets afslutning. Typisk vil de ikke engang komme sig efler let sygdom.
	9	TERMINALT SYG	Mennesker der nærmer sig livets afslutning. Denne kategori gælder mennesker med en **forventet levetid på < 6 måneder**, som **ikke lever med svær skrøbelighed i øvrigt** (Mange terminalt syge mennesker kan stadig motionere helt indtil livets afslutning).

BEDØMMELSE AF SKRØBELIGHED HOS MENNESKER MED DEMENS

Mennesker med demens er oftest skrøbelige (scorer oftest minimum 5) og graden af skrøbelighed svarer som regel til graden af demens.
Typiske **symptomer ved mild demens** er at glemme detaljer om en nylig begivenhed, selvom man kan huske selve begivenheden og at gentage det samme spørgsmål/historie og social tilbagetrækning.
Ved **moderat demens** er hukommelsen for nylige begivenheder svært nedsat, selvom man kan huske gamle minder tydeligt. Man kan udføre personlig pleje med vejledning.

Ved **svær demens** kan man ikke udføre personlig pleje uden hjælp.

Ved **meget svær demens** er man ofte sengeliggende. Mange er nærmest ophørt med at tale.

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0
(EN). All rights reserved. For permission:
www.geriatricmedicineresearch.ca
Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005:173;489-495.
Danish Version 2.0, 2020, translated by Anders Fournaise and Søren Kabell Nissen, University of Southern Denmark.

Figuren viser den danske version af Clinical Frailty Scale, version 2.0.
Genoptrykt med tilladelse fra udgiver og de danske oversættere.

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

Ældre patienter over 70 år 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

Medicinsk kræftbehandling til ældre patienter med ovariecancer

1. **Ældre patienter i performance status 0-2 kan i lighed med yngre patienter tilbydes platinbaseret kombinationskemoterapi (B)**

2. **Ældre patienter i performance status 0-2 kan i lighed med yngre patienter tilbydes vedligeholdelsesbehandling med bevacizumab (B)**

3. **Ældre patienter i performance status 0-2 kan i lighed med yngre patienter tilbydes vedligeholdelsesbehandling med PARP-hæmmere (A)**

4. **Geriatrisk screening og evt geriatrisk vurdering bør overvejes hos ældre patienter mhp at identificere anden sårbarhed end nedsat funktionstilstand, da det kan øge risikoen for toksicitet til den medicinske kræftbehandling (A)**

Litteratur og evidensgennemgang

Kemoterapi

Anbefalingerne er baseret på 1 randomiseret klinisk studie, 2 prospektive kohortestudier, 3 retrospektive undersøgelser og 4 registerstudier.

Standardbehandling ved neoadjuverende, adjuverende og palliativ kemoterapi består af carboplatin (AUC 5) og paclitaxel (175 mg/m²). To danske studier baseret på data fra Dansk Gynækologisk Cancer Database (DGCD) har vist, at ældre patienter i mindre grad modtager den fulde standardbehandling, både hvad angår radikal kirurgi og kemoterapi. Komorbiditet var i begge studier en uafhængig negativ prognostisk faktor associeret med øget mortalitet, mens alder som enkeltfaktor havde usikker betydning (10, 11) [2b].

Et prospektivt studie fra 2013 inkluderede 275 patienter med FIGO stadie II–IV ovariecancer fra fem europæiske centre. Af disse var 47 patienter (17,1 %) ≥ 70 år og 228 < 70 år. Medianalderen ved sygdomsdebut var 58 år (interval 18–85), og median follow-up var 36 måneder. Grupperne var, trods det ikke-randomiserede design, velmatchede i forhold til stadie, histologi, gradering, ascites og peritoneal karcinomatose, men en signifikant større andel af de ældre havde ECOG performance status ≥ 2 (10,6 % vs. 3,1 %, p = 0,047). Andelen, som modtog optimal behandling med kirurgi og platinbaseret kombinationskemoterapi, var markant lavere blandt de ældre (40,4 % vs. 70,1 %, p < 0,001). Progressionsfri overlevelse (PFS) var signifikant kortere hos de ældre (12 vs. 20 måneder, p = 0,022), ligesom samlet overlevelse (OS) var væsentligt ringere (30 vs. 64 måneder, p < 0,001). Performance status – men ikke alder – var en uafhængig prognostisk faktor for PFS, mens alder havde en signifikant effekt på OS. Alle patienter blev behandlet med platinbaseret kemoterapi, men flere ældre modtog carboplatin som monoterapi (21,3 % vs. 2,2 %, p < 0,001). I den samlede gruppe sås et lavere klinisk respons på primær kemoterapi hos de ældre (57,4 % vs. 78,5 %, p = 0,003). Hos ældre patienter, der modtog optimal

kirurgisk og onkologisk behandling, nærmede behandlingsresultaterne sig de yngres – dog uden at være helt på niveau (12) [2b].

Et retrospektivt studie fra 2016 gennemgik journaldata fra 78 patienter > 65 år, behandlet for primær ovariecancer (FIGO stadie I–IV) i perioden 1996–2006. Flertallet (61 patienter) havde avanceret sygdom (stadie III–IV). Standardregimet bestod primært af carboplatin (AUC 5) og paclitaxel (175 mg/m²). I alt gennemførte 63 patienter (80,8 %) behandlingsforløbet, hvoraf 62 uden behov for dosisreduktion. Der blev ikke påvist signifikant forskel i hverken progressionsfri overlevelse (PFS: HR 1,3; 95 % CI 0,51–3,26) eller samlet overlevelse (OS: HR 0,63; 95 % CI 0,17–2,33) mellem patienter med og uden dosisreduktion. Studiet understreger, at alder alene ikke bør være årsag til at afstå fra standard kombinationsbehandling. Forfatterne understreger dog behovet for prospektive studier med henblik på at opnå bedre forståelse af både tolerabilitet og behandlingseffekt hos ældre patienter (13) [2b].

Et retrospektivt studie fra 2020 inkluderede 979 patienter med ovariecancer, heraf 615 (62,8 %) < 65 år, 225 (22,6 %) mellem 65–74 år og 139 (14,2 %) ≥ 75 år. Formålet var at undersøge forskelle i behandling og overlevelse mellem aldersgrupperne. Som forventet havde ældre patienter oftere komorbiditet og højere ASA-score, mens grupperne var ens med hensyn til FIGO-stadie og tumortype. Signifikant færre ældre blev tilbudt standard kirurgi, herunder hysterektomi, salpingo-ooforektomi, fjernelse af oment og lymfeknuder (≥ 75 år: 40 %, 65–74 år: 59 %, < 65 år: 72 %, p < 0,001). Der blev ligeledes fundet mere restsygdom efter kirurgi i de ældre grupper (30 % vs. 20 %, p < 0,05). Blandt patienter, der fik neoadjuverende kemoterapi, gennemførte 23 % af de ≥ 75-årige færre end 6 serier, mod kun 10 % i de øvrige aldersgrupper (p = 0,003). Treårs overlevelsen faldt med alderen: 76,2 % (< 65 år), 61,3 % (65–74 år) og 56,4 % (≥ 75 år) (p < 0,001). På baggrund af resultaterne anbefaler forfatterne, at ældre patienter vurderes individuelt med onkologisk-geriatrisk tilgang, og at fremtidig forskning i højere grad fokuserer på denne patientgruppe for at kunne udarbejde evidensbaserede retningslinjer (14) [2b].

Et registerstudie (DGCD) fra 2023 inkluderede 2946 patienter diagnosticeret med ovariecancer i Danmark fra 2013-2018. Blandt 1776 patienter med stadie IIIC-IV ovariecancer, fandt forfatterne at 52% af de ældre patienter vs. 25% af de yngre ikke blev tilbudt operation og ældre modtog også i mindre grad kemoterapi: 76% vs 85% (p<0,001). Blandt dem der modtog kemoterapi var det mediane antal behandlingsserier 6. Hvorvidt patienterne modtog kombinations- eller enkeltstofbehandling var ikke oplyst (15) [B, 2c].

Et retrospektivt studie fra 2015 baseret på 1.151 franske patienter med ovariecancer viser ligeledes en forskel i behandlingen af ældre sammenlignet med yngre patienter. I dette studie var 38,9 % af patienterne ≥ 70 år. Man fandt, at både ældre og yngre der modtog standardbehandling havde bedre overlevelse end dem der ikke gjorde. Der var i studiet ingen information om årsagen til mindre end standard behandling eller om patienternes PS eller komorbiditet, og forfatterne anbefaler fokus på optimal vurdering af ældre patienter med fx Geriatric Assessment mhp. at sikre så mange som muligt optimal behandling (16) [2b].

Et andet retrospektivt studie har haft til formål at identificere de mest skrøbelige ældre patienter ved hjælp af et Modified Frailty Index (mFI). Indekset består af 11 spørgsmål vedrørende blandt andet diabetes, TCI, hjerteproblemer, cerebrale insulter og performance status, og scoren går fra 0 til 11. I studiet indgik 78 patienter over 70 år med epitelial ovariecancer, som blev inddelt i to aldersgrupper: 70–75 år (40 patienter) og > 75 år (38

patienter). For hver patient blev der udregnet en mFI-score. I alt blev 23 patienter identificeret med en mFI-score > 4 og betragtet som havende høj grad af skrøbelighed. Blandt patienterne i aldersgruppen 70–75 år fik 20 % ikke tilbudt kirurgi eller kun foretaget en eksplorativ laparotomi, mod 55,5 % i gruppen over 75 år. Andelen af patienter med postoperative komplikationer var signifikant højere blandt de meget skrøbelige patienter (23,5 % vs. 4,3 %, p = 0,03), mens der ikke sås forskel i forekomsten af bivirkninger til kemoterapi. Studiet konkluderer, i overensstemmelse med andre studier, at en del ældre patienter tåler standardbehandling med kirurgi og kemoterapi, men at et diagnostisk screeningsværktøj som mFI med fordel kan anvendes til en mere præcis vurdering af patienternes skrøbelighed (17) [2b].

Baseret på data fra 5.317 patienter med ovariecancer i Dansk Gynækologisk Cancer Database undersøgte et studie, publiceret i 2017, sammenhængen mellem komorbiditet, valg af behandling, forlænget tid til behandlingsstart og overlevelse. Komorbiditet blev klassificeret ved hjælp af en modificeret udgave af Charlson Komorbiditetsindeks (CKI). Herudover blev Ovarian Cancer Comorbidity Index (OOCI), som kombinerer alder og CKI til klassifikation af patienterne i lav, moderat eller høj risiko, anvendt til vurdering af forskelle i overlevelse. Ifølge OOCI var lidt over halvdelen af patienterne i moderat risiko (2.743 patienter; 51,6 %) og 1.311 patienter (24,7 %) i høj risiko. Primær kirurgi blev udført hos 3.945 patienter (74,2 %), 1.160 patienter (21,8 %) modtog neoadjuverende kemoterapi, mens 212 patienter (4 %) ikke kunne tilbydes kurativ behandling. Korrigeret for FIGO-stadie og alder fandtes ingen signifikant sammenhæng mellem komorbiditet og valg af behandling (CKI = 1: OR 1,11 [95 % CI 0,87–1,41]; CKI > 2: OR 1,16 [95 % CI 0,87–1,56]). Ligeledes var der ingen signifikant sammenhæng mellem graden af komorbiditet og forlænget tid til behandlingsstart blandt patienter, der modtog neoadjuverende kemoterapi. Derimod havde patienter med CKI > 2, som fik tilbudt primær kirurgi, en øget risiko for forlænget tid til behandlingsstart (OR 1,54 [95 % CI 1,19–1,98], p < 0,001); denne sammenhæng var fortsat signifikant efter justering for alder (OR 1,49 [95 % CI 1,21–1,85], p < 0,001). Der sås ingen signifikant forskel i overall survival (OS) mellem patienter, der modtog neoadjuverende kemoterapi, og dem, der blev behandlet med primær kirurgi. Graden af komorbidite,t klassificeret ud fra både CKI og OOCI, var signifikant associeret med dårligere overlevelse, men ved samtidig inddragelse af performance status (PS) viste analysen, at PS medierede en væsentlig del af den prognostiske effekt af komorbiditet (18) [2c].

I et prospektivt GINECO-studie (FAG3/EWOT-3) forsøgte man at identificere faktorer, der omsat til en score kunne bruges til at vurdere patienters sårbarhed forud for behandlingsstart. I studiet indgik 111 patienter, og for hver patient blev der udregnet en Geriatric Vulnerability Score (GVS), som er summen af følgende parametre: albuminniveau < 35 g/L, lymfocyttal < 1 g/L, ADL-score < 6, IADL-score < 6 og HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) > 14. Hver parameter vægtes med 1 point. Studiet viste, at patienter med en GVS ≥ 3 havde signifikant dårligere overlevelse end patienter med lavere score (11,5 måneder vs. 21,7 måneder) og havde desuden vanskeligere ved at gennemføre behandlingen (19). Scoren blev valideret i det efterfølgende EWOC-1-studie. Der var tre valideringskohorter: V1, som omfattede både de inkluderede patienter og en registreringskohorte bestående af alle patienter, som af forskellige årsager ikke blev inkluderet; V2, som bestod af registreringskohorten alene; samt V3, som omfattede patienterne inkluderet i EWOC-1-studiet. GVS havde prognostisk værdi i alle tre kohorter. I V1 var hazard ratio (HR) for OS som følger: GVS 1: 1,8 (1,1–3,1); GVS 2: 2,4 (1,4–4,0); GVS 3: 4,1 (2,5–7,0); GVS 4: 5,5 (3,3–9,3); og GVS 5: 9,1 (4,7–17,5) (20). Resultaterne indikerer, at der muligvis findes en gruppe ældre patienter, som ikke profiterer af intensiv behandling medmindre geriatriske interventioner kan reducere deres skrøbelighed (20) [2b].

EWOC-1 studiet fra GINECO gruppen er en RCT publiceret i 2021. Ud fra tidligere omtalte GVS score randomiserede man ældre skrøbelige patienter (man inkluderede kun skrøbelige patienter med GVS score ≥ 3) til forskellige platin-holdige kemoterapi regimer. Primært endepunkt var behandlings-tolerabilitet, 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. Det skal dog siges, at en stor del af patienterne var i PS 0-1, og mens studiet ikke efterlader tvivl om, at alle patienter, der kan tåle standardbehandlingen, skal have den, besvarer det ikke spørgsmålet om, hvad der er den bedste behandling for de patienter, der ikke tåler den (21) [1b].

Targeteret behandling
Bevacizumab

Anbefalingerne er baseret på 1 fase 2 studie, et prospektiv kohortestudie og en case-kontrol undersøgelse.

Bevacizumab blev introduceret i behandlingen af ovariecancer efter resultaterne fra GOG218 og ICON7. Ingen af disse studier rapporterede subgruppeanalyser for effekt og tolerabilitet hos ældre patienter. MITO16-studiet viste en positiv effekt på PFS ved genbehandling med bevacizumab, men præsenterede heller ikke specifikke data for ældre patienter.

ROSiA-studiet, et single-arm fase IIIB-studie, blev designet til at evaluere tolerabiliteten af bevacizumab hos ældre patienter. Studiet inkluderede 86 patienter, hvoraf 33 (38,4 %) var over 70 år. Høj alder var associeret med øget risiko for grad 3–4 hypertension, som blev observeret hos 39 % (22–56 %) mod 17 % (7–27 %) hos yngre patienter. Hos patienter uden hypertension ved baseline var risikoen dog ikke øget hos ældre. Blandt ældre patienter med hypertension ved baseline var incidensen af grad 3–4 hypertension 71 % (47–95 %). Alder var ikke associeret med øget risiko for tromboemboliske hændelser. Eksplorative analyser indikerede, at PFS var ens i de to aldersgrupper (22) [1b].

TURBO-studiet er et case-kontrol-studie, som sammenlignede tolerabiliteten af bevacizumab hos patienter ≥65 år (n=72) med nydiagnosticeret eller recidiverende ovariecancer med patienter <65 år (n=211). Blandt de ældre patienter havde 84,7 % mindst én komorbiditet, og 80,6 % tog mindst én receptpligtig medicin

sammenlignet med henholdsvis 47,4 % og 37,4 % i den yngre gruppe. Samlet set oplevede 9,5 % af patienterne grad 3–4 toksicitet, uden forskel i antal eller type mellem de to aldersgrupper. eGFR ≤60 ml/min og ≥3 komorbiditeter var uafhængigt associeret med alvorlig toksicitet (23) [3b].

BELOVA/BGOG-OV16 er et prospektivt, observationelt multicenterkohortestudie, der evaluerede sikkerhed og effekt af bevacizumab i kombination med, og som vedligeholdelsesbehandling efter, carboplatin og paclitaxel hos kvinder ≥70 år med FIGO IV ovariecancer. Der blev udført en geriatrisk vurdering ved baseline og under behandlingen. I alt blev 73 patienter inkluderet. Medianalderen var 76 år (70–88 år); 83 % havde performance status 0–1, men median G8-score var 11, hvilket indikerer, at over halvdelen af patienterne var G8-skrøbelige. For de fleste patienter forbedredes G8-scoren dog under behandlingen, sandsynligvis i takt med en forbedret ernæringsstatus. Mindst én bivirkning relateret til bevacizumab blev observeret hos 80 % af patienterne; hypertension (55 %), epistaxis (32 %) og proteinuri (21 %) var de hyppigste bivirkninger. Kaplan-Meier-estimeret PFS var mediant 14,5 måneder. Forfatterne konkluderede, at behandling med bevacizumab hos ældre patienter med ovariecancer er sikker, tolerabel og effektiv (24) [1b].

PARP hæmmere

Anbefalingerne er baseret på et systematisk review og metaanalyse.

Efter resultaterne fra SOLO1 (25), PRIMA (26), PAOLA-1 (27) og ATHENA-Mono (28) er PARP-hæmmere blevet standard som 1. linje vedligeholdelsesbehandling af ovariecancer hos patienter med BRCA-mutation og/eller positiv HRD-status.

I et systematisk review og en meta-analyse om PARP-hæmmere hos ældre med ovariecancer gennemgik Maiorano et al. otte fase III-studier med i alt 4.364 patienter, hvoraf 1.435 (32,9 %) var ≥65 år. Af disse modtog 919 en PARP-hæmmer, mens 516 fik placebo. Sammenlignet med placebo forlængede PARP-hæmmere PFS hos ældre patienter (HR = 0,52; 95 % CI 0,45–0,65). Der blev ikke fundet forskel i effekt mellem ældre og yngre patienter. Data for hæmatologisk toksicitet var kun tilgængelige samlet, ikke opdelt på alder. Der var ingen signifikant forskel mellem ældre og yngre i forhold til all-grade anæmi (RR = 1,22; 95 % CI 0,82–1,83; p = 0,33) og neutropeni (RR = 0,97; 95 % CI 0,78–1,19; p = 0,74). Ældre patienter havde en lavere risiko for grad ≥3 anæmi (RR = 0,79; 95 % CI 0,63–0,99; p = 0,04), mens risikoen for grad ≥3 trombocytopeni var højere hos ældre (RR = 1,27; 95 % CI 1,06–1,53; p = 0,01). Patienterne i denne meta-analyse var selekterede før inklusion i fase III-studierne, men data viser, at ældre i god almen tilstand har samme effekt af og tåler PARP-hæmmere lige så godt som yngre (29) [1a].

Young SIOG publicerede i 2019 et review om PARP-hæmmere hos ældre med ovarie- og brystkræft. De konkluderede, som Maiorano et al., at ældre patienter har samme effekt af PARP-hæmmere som yngre, og at sikkerhedsprofilen generelt er den samme. De understreger dog udfordringen ved, at de inkluderede ældre patienter ofte er selekterede med god almen tilstand, få komorbiditeter og begrænset polyfarmaci. De anbefaler derfor prospektive kliniske studier, der inkluderer en mere repræsentativ population, da ældre patienter ofte er mere sårbare på grund af organpåvirkning, komorbiditet og polyfarmaci. De anbefaler

desuden, at sådanne studier inkluderer en geriatrisk vurdering for bedre risikostratificering og for at kunne balancere potentiel effekt og toksicitet af PARP-hæmmerbehandlingen (30) [D].

Samlet set kan det konkluderes, at korrekt selekterede ældre patienter generelt tåler onkologisk kombinations-kemoterapi og vedligeholdelsesbehandling, men at de ofte underbehandles alene på grund af høj alder. I 2023 blev der publiceret et omfattende review om behandling af ovariecancer hos ældre patienter, hvor evidensen er grundigt gennemgået. Forfatterne konkluderer, som beskrevet her, at kombinationskemoterapi med carboplatin og paclitaxel fortsat er standardbehandlingen, også hos ældre patienter med let skrøbelighed, og at vedligeholdelsesbehandling med bevacizumab og PARP-hæmmere, når indiceret, kan gennemføres under tæt monitorering af bivirkninger (31). I overensstemmelse med internationale guidelines, bør ældre patienter der tilbydes kombinationsbehandling med carboplatin og paclitaxel tilbydes primær profylakse med G-CSF (pegfilgrastim) til forebyggelse af febril neutropeni (32).

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 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. Larønningen S AG, Bray F, Dahl-Olsen ED, Engholm G, Ervik M, Guðmundsdóttir EM, Gulbrandsen J, Hansen HL, Hansen HM, Johannesen TB, Kristensen S, Kristiansen MF, Kønig SM, Lam F, Laversanne M, Lydersen LN, Malila N, Mangrud OM, Miettinen J, Pejicic S, Petterson D, Skog A, Steig BÁ, Tian H, Aagnes B, Storm HH. NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries. (29.08.2024) ed. Association of the Nordic Cancer Registries: Cancer Registry of Norway; (2024).
2. Mallen A, Todd S, Robertson SE, Kim J, Sehovic M, Wenham RM, et al. Impact of age, comorbidity, and treatment characteristics on survival in older women with advanced high grade epithelial ovarian cancer. Gynecol Oncol. 2021;161(3):693-9.
3. Ditzel HM, Giger AW, Lund CM, Ditzel HJ, Möller S, Pfeiffer P, et al. Association between Geriatric 8 frailty and health-related quality of life in older patients with cancer (PROGNOSIS-G8): a Danish single-centre, prospective cohort study. Lancet Healthy Longev. 2024;5(9):100612.
4. Ditzel HM, Giger AW, Olloni A, Brockhattingen KK, Lund CM, Ditzel HJ, et al. Danish translation and validation of the Geriatric 8 and the modified Geriatric 8 screening tools. J Geriatr Oncol. 2022;13(8):1268-72.
5. Fournaise A, Nissen SK, Lauridsen JT, Ryg J, Nickel CH, Gudex C, et al. Translation of the updated clinical frailty scale 2.0 into Danish and implications for cross-sectoral reliability. BMC Geriatr. 2021;21(1):269.
6. Loh KP, Liposits G, Arora SP, Neuendorff NR, Gomes F, Krok-Schoen JL, et al. Adequate assessment yields appropriate care-the role of geriatric assessment and management in older adults with cancer: a position paper from the ESMO/SIOG Cancer in the Elderly Working Group. ESMO Open. 2024;9(8):103657.
7. Dale W, Klepin HD, Williams GR, Alibhai SMH, Bergerot C, Brintzenhofeszoc K, et al. Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Systemic Cancer Therapy: ASCO Guideline Update. J Clin Oncol. 2023;41(26):4293-312.
8. Paillaud E, Soubeyran P, Caillet P, Cudennec T, Brain E, Terret C, et al. Multidisciplinary development of the Geriatric Core Dataset for clinical research in older patients with cancer: A French initiative with international survey. Eur J Cancer. 2018;103:61-8.
9. Pearce J, Martin S, Heritage S, Khoury EG, Kucharczak J, Nuamek T, et al. Frailty and outcomes in adults undergoing systemic anticancer treatment: a systematic review and meta-analysis. J Natl Cancer Inst. 2025;117(7):1316-39.
10. Jørgensen TL, Teiblum S, Paludan M, Poulsen L, Jørgensen 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.
11. Sperling C, Noer MC, Christensen IJ, Nielsen ML, Lidegaard Ø, Høgdall 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.
12. 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.
13. 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).
14. 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).

15. Ekmann-Gade AW, Schnack TH, Seibæk L, Noer MC, Høgdall C. Impact of surgery and chemotherapy timing on outcomes in older versus younger epithelial ovarian cancer patients: A nationwide Danish cohort study. J Geriatr Oncol. 2023;14(1):101359.
16. Fourcadier E, Trétarre B, Gras-Aygon C, Ecarnot F, Daurès JP, Bessaoud F. Under-treatment of elderly patients with ovarian cancer: a population based study. BMC Cancer. 2015;15:937.
17. 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.
18. Noer MC, Sperling CD, Ottesen B, Antonsen SL, Christensen IJ, Høgdall 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.
19. 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.
20. Falandry C, Pommeret F, Gladieff L, Tinquaut F, Lorusso D, Mouret-Reynier MA, et al. Validation of the geriatric vulnerability score in older patients with ovarian cancer: an analysis from the GCIG-ENGOT-GINECO EWOC-1 study. Lancet Healthy Longev. 2022;3(3):e176-e85.
21. Falandry C, Rousseau F, Mouret-Reynier MA, Tinquaut F, Lorusso D, Herrstedt J, et al. Efficacy and Safety of First-line Single-Agent Carboplatin vs Carboplatin Plus Paclitaxel for Vulnerable Older Adult Women With Ovarian Cancer: A GINECO/GCIG Randomized Clinical Trial. JAMA Oncol. 2021;7(6):853-61.
22. Beinse G, Emile G, Cessot A, Boudou-Rouquette P, Huillard O, Saidu NE, et al. A Real-Life Experience of Bevacizumab in Elderly Women With Advanced Ovarian Carcinoma. Int J Gynecol Cancer. 2016;26(7):1196-200.
23. Amadio G, Marchetti C, Villani ER, Fusco D, Stollagli F, Bottoni C, et al. ToleRability of BevacizUmab in elderly Ovarian cancer patients (TURBO study): a case-control study of a real-life experience. J Gynecol Oncol. 2020;31(1):e6.
24. Vergote I, Van Nieuwenhuysen E, De Waele S, Vulsteke C, Lamot C, Van den Bulck H, et al. Prospective non-interventional BELOVA/BGOG-ov16 study on safety of frontline bevacizumab in elderly patients with FIGO stage IV ovarian cancer: a study of the Belgian and Luxembourg Gynaecological Oncology Group. Int J Gynecol Cancer. 2022;32(6):753-60.
25. Moore K, Colombo N, Scambia G, Kim BG, Oaknin A, Friedlander M, et al. Maintenance Olaparib in Patients with Newly Diagnosed Advanced Ovarian Cancer. N Engl J Med. 2018;379(26):2495-505.
26. González-Martín A, Pothuri B, Vergote I, DePont Christensen R, Graybill W, Mirza MR, et al. Niraparib in Patients with Newly Diagnosed Advanced Ovarian Cancer. N Engl J Med. 2019;381(25):2391-402.
27. Ray-Coquard I, Pautier P, Pignata S, Pérol D, González-Martín A, Berger R, et al. Olaparib plus Bevacizumab as First-Line Maintenance in Ovarian Cancer. N Engl J Med. 2019;381(25):2416-28.
28. Monk BJ, Parkinson C, Lim MC, O'Malley DM, Oaknin A, Wilson MK, et al. A Randomized, Phase III Trial to Evaluate Rucaparib Monotherapy as Maintenance Treatment in Patients With Newly Diagnosed Ovarian Cancer (ATHENA-MONO/GOG-3020/ENGOT-ov45). J Clin Oncol. 2022;40(34):3952-64.
29. Maiorano BA, Maiorano MFP, Lorusso D, Di Maio M, Maiello E. Efficacy and safety of PARP inhibitors in elderly patients with advanced ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis. Int J Gynecol Cancer. 2022;32(11):1410-8.
30. Liposits G, Loh KP, Soto-Perez-de-Celis E, Dumas L, Battisti NML, Kadambi S, et al. PARP inhibitors in older patients with ovarian and breast cancer: Young International Society of Geriatric Oncology review paper. J Geriatr Oncol. 2019;10(2):337-45.

31. Rousseau F, Ranchon F, Bardin C, Bakrin N, Lavoué V, Bengrine-Lefevre L, et al. Ovarian cancer in the older patient: where are we now? What to do next? Ther Adv Med Oncol. 2023;15:17588359231192397.
32. Klastersky J, de Naurois J, Rolston K, Rapoport B, Maschmeyer G, Aapro M, et al. Management of febrile neutropaenia: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 2016;27(suppl 5):v111-v8.

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 (Søgestreng "ovarian cancer" AND (elderly OR "old age" OR "geriatric" OR "older adults") AND (chemotherapy OR immunotherapy OR "targeted therapy" OR "antineoplastic therapy")).
Referencer er tilføjet ad hoc, ved gennemgang af den vha. ovenstående søgestreng fundne litteratur.

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

Denne retningslinje har ikke været i offentlig høring.

Godkendelse

Faglig 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.

Administrativ godkendelse:
12. november 2025.

Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

Ikke relevant for denne guideline.

Behov for yderligere forskning

Der er, som anført i gennemgangen, behov for forskning der fokuserer på vurderingen af den ældre patient med ovariecancer med henblik på at identificere hvilke patienter der ikke tåler standard medicinsk kræftbehandling. Endvidere er der behov for forskning i forhold til hvad den bedste behandling for denne, sårbare gruppe er.

Forfattere og habilitet

På vegne af DGCG: Ingen af forfatterne har interessekonflikter.
Arbejdet med revision af kapitlet er i første udkast udført af

- Gynækolog. Overlæge, ph.d. Berit Jul Mosgaard, Gynækologisk afd., Rigshospitalet
- Gynækolog. Overlæge, dr. med. Lone Kjeld Pedersen, Gynækologisk afd., Odense Universitetshospitall
- Nuklearmedicin. Overlæge Mie Holm Vilstrup. Røntgen, Skanning og Nuklearmedicin, Esbjerg Sygehus
- Radiologi. Overlæge Diana Spasojevic, Radiologisk afd., Odense Universitetshospital
- Onkolog. Afdelingslæge Anne Krejbjerg Motavaf, Onkologisk afd., Aalborg Universitetshospital
- Onkolog. Overlæge Mette Hæe, Kræftafdelingen., Regionshospitalet Gødstrup
- Onkolog. Overlæge, ph.d. Trine Zeeberg Iversen, Onkologisk afd., Herlev-Gentofte Hospital
- Onkolog. Overlæge, ph.d. Trine Lembrecht Jørgensen, Onkologisk afd., Odense Universitetshospital
- Gynækolog. Overlæge, ph.d. Mette Schou Mikkelsen, Kvindesygdomme og Fødsler, Århus Universitetshospital.
- Gynækolog. Afdelingslæge Catrine Carlstein, Gynækologisk afd., Rigshospitalet
- Gynækolog. Overlæge, ph.d. Tine Schnack Henrichsen, Gynækologisk afd., Odense Universitetshospital
- Patolog. Overlæge Julie Brask, Patologi afd., Rigshospitalet
- Patolog. Overlæge Marianne Waldstrøm, Patologi afd., Aarhus Universitetshospital
- Patolog. Overlæge Iben Johnsen, Patologi afd., Odense Universitetshospital

Hernæst er udkastet gennemlæst og revideret af hele DGCG ovariecancer gruppen:

Jf. Habilitetspolitikken henvises til deklaration via Lægemiddelstyrelsens hjemmeside for detaljerede samarbejdsrelationer: https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/godkendelse/tilknytning-og-oekonomisk-stoette,-for-fag-og-sundhedspersoner/offentliggjort-liste/liste-over-personer-der-modtager-oekonomisk-stoette-eller-har-tilknytning-til-virksomheder/

Plan for opdatering

Retningslinjen opdateres i 2028 i DGCG regi.

Version af retningslinjeskabelon

Retningslinjen er udarbejdet i version 10 af skabelonen.

6. Monitorering

Udvikling af kvaliteten på dette område understøttes af viden fra DGCG i regi af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, idet indikatorerne i databasen skal belyse relevante kliniske retningslinjer.

Den kliniske kvalitetsdatabases styregruppe har mandatet til at beslutte databasens indikatorsæt, herunder hvilke specifikke processer og resultater der monitoreres i databasen.

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 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 Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. 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, ud over de centrale anbefalinger (kapitel 1 – quick guide), en beskrivelse af grundlaget for anbefalingerne – herunder den tilgrundliggende evidens (kapitel 3), referencer (kapitel 4) og anvendte metoder (kapitel 5).

Anbefalinger mærket A baserer sig på stærkeste evidens og anbefalinger mærket D baserer sig på svageste evidens. 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:

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.

Retningslinjeskabelonen er udarbejdet på baggrund af internationale kvalitetskrav til udvikling af kliniske retningslinjer som beskrevet af både AGREE II, GRADE og RIGHT.

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/

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