# Ovariecancer

– Kirurgi ved recidiv

## Version 2.2

**GODKENDT**
**Faglig godkendelse**
22. oktober 2025 (DGCG)
**Administrativ godkendelse**
22. oktober 2025 (Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

**REVISION**
Planlagt: 22. oktober 2028

**INDEKSERING**
c. ovarii, kirurgi ved recidiv, DGCG

# Indholdsfortegnelse

Nyt siden sidst (ændringslog) ..... 2
1. Anbefalinger (Quick guide) ..... 2
    Kirurgi ved recidiv af ovariecancer ..... 2
2. Introduktion ..... 3
3. Grundlag ..... 4
    Kirurgi ved recidiv af ovariecancer ..... 4
4. Referencer ..... 9
5. Metode ..... 10
6. Monitorering ..... 12
7. Bilag ..... 13
8. Om denne kliniske retningslinje ..... 14

# Nyt siden sidst (ændringslog)

## Nyt siden version 2.1

| Retningslinjeafsnit | Beskrivelse af ændring |
|---|---|
| Anbefalinger | ingen ny |
| Tekst | Ny viden vedrørende LGSC og recidiv kirurgi er tilføjet. |
| Referencer | Referenceliste opdateret. |

# 1. Anbefalinger (Quick guide)

## Kirurgi ved recidiv af ovariecancer

1. **Patienter med platinsensitiv ovariecancer, der er AGO positive, kan tilbydes operation, hvis man vurderer at kunne opnå R0 (A)**

2. **Patienter med platinsensitiv ovariecancer med lang sygdomsfri periode (> 16 måneder), god performancestatus, CA-125 < 105 og få recidiv-foci kan tilbydes operation, hvis man vurderer at kunne opnå R0 (A)**

3. **Patienter, der ikke opfylder ovenstående kan vurderes individuelt, men kun i særlige tilfælde tilbydes kirurgi, og kun hvis man vurderer at kunne opnå R0 (D)**

# 2. Introduktion

Den primære behandling af ovariecancer er kirurgisk, hvor målet er korrekt stadieinddeling og radikal operation. Langt de fleste patienter tilbydes adjuverende kemoterapi. Efter operation og evt. kemoterapi vil 60-80 % af patienterne opnå klinisk komplet eller partielt respons. Ca. 80 % af disse patienter vil dog få recidiv, de fleste inden for to år efter afsluttet kemoterapi.

## Formål

Det overordnede formål med retningslinjen er at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark.
Det har i mange år været kutyme at tilbyde operation ved recidiv, til trods for, at der ikke var evidens på området. Der foreligger nu studier, der viser øget overlevelse ved også at tilbyde operation i udvalgte tilfælde af recidiv.

## Patientgruppe

Alle ovariecancerpatienter med recidiv mere end seks måneder efter afsluttet 1. linie kemoterapi.

## 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 onko-gynækologer, onkologer og patologer samt praktiserende læger, som er involveret i behandling og opfølgning af patientgruppen.

# 3. Grundlag

## Kirurgi ved recidiv af ovariecancer

4. **Patienter med platinsensitiv ovariecancer, der er AGO positive, kan tilbydes operation, hvis man vurderer at kunne opnå R0 (A)**

5. **Patienter med platinsensitiv ovariecancer, med lang sygdomsfri periode (> 16 måneder), god performancestatus, CA-125 < 105 og få recidiv-foci kan tilbydes operation, hvis man vurderer at kunne opnå R0 (A)**

6. **Patienter, der ikke opfylder ovenstående kan vurderes individuelt, men kun i særlige tilfælde tilbydes kirurgi, og kun hvis man vurderer at kunne opnå R0 (D)**

### Litteratur og evidensgennemgang

Anbefaling 1 er baseret på tre randomiserede studier, et review omfattende de tre studier, og et retrospektivt studie

Der foreligger i dag tre randomiserede studier, der belyser effekten af kirurgi i tilfælde af tilbagefald af platinfølsom ovariecancer: DESKTOP III-studiet(1), GOG213 (2) og Shi et al.(3).
DESKTOP III studiet, der er et prospektivt randomiseret multicenter studie med 407 patienter, hvor man ville vurdere, hvorvidt ekstensiv cytoreduktiv kirurgi efterfulgt af platin-baseret kombinationsterapi kan øge den samlede overlevelse sammenlignet med platin-baseret, viste at median overall survival var 53.7 måneder i kirurgi-armen og 46.0 måneder i ikke-kirurgi armen (hazard ratio for death, 0.75; 95% confidence interval, 0.59 to 0.96; P = 0.02). Man opnåede komplet cytoreduction hos 75,7 % af patienterne, og det var denne gruppe der havde størst effekt af kirurgi med en median overall survival på 61.9 måneder. Man fandt, at operation for recidiv ikke indebar højere morbiditet eller mortalitet end primær debulking operation for avanceret sygdom (1b). Forud for det randomiserede AGO-studie (DESKTOP III) ligger det retrospektive AGO-DESKTOP I, der tydeligt viste, at patienter kun havde fordel af kirurgi, hvis man opnåede komplet tumorreduktion. Tre uafhængige prædiktive faktorer for makroradikal kirurgi var 1) God performance status (ECOG 0), 2) Makroradikal operation ved primær kirurgi (eller hvis ukendt da alternativt FIGO st. I/II), og 3) Ingen ascites (≤ 500 ml) på tidspunktet for recidiv. Disse tre faktorer grundlagde AGO-score. AGO-score betegnes positiv, hvis alle tre faktorer er til stede. I AGO-DESKTOP II [1] fandt man, at makroradikal operation blev opnået hos 76 % (95 %-CI: 69 %-84 %) af patienterne med positiv score, hvilket indikerede, at dette var brugbart som prædiktiv score. Hypotesen, at positiv AGO-score kunne forudsige makroradikal tumordebulking hos mere end 2/3 af patienterne med 95 % sandsynlighed, var hermed bekræftet.
Det er imidlertid endnu uklart, hvorvidt en positiv AGO-score blot selekterer patienter med mindre biologisk aggressiv tumor, som ligeledes ville respondere på kemoterapi alene, eller, hvorvidt det er en score, som egner sig til udvælgelse af patienter, som virkelig profiterer af kirurgi.

## Low grade serøs carcinom:

Der har senere været studier, der har kigget på histologiske undertyper, og fundet, at AGO score er mindre anvendelig ved low grade serøse carcinomer (LGSC) (4). Fuldstændig resektion blev kun opnået hos 31 ud af 55 patienter (56,3 %), der blev opereret ved første recidiv og hos 9 ud af 21 patienter (42,9 %) i efterfølgende behandlingslinjer. Blandt patienter, der oplevede det første recidiv med et behandlingsfrit interval på ≥6 måneder, var den positive prædiktive værdi af AGO-scoren for fuldstændig resektion 70,6 %., dvs lavere end for hele gruppen af AGO-positive. Imidlertid afslørede multivariat analyse, at PS (p = 0,62), stadie (p = 1,00), ascites (p = 0,14) og rest-sygdom efter primær operation (p = 0,59) ikke var uafhængige prediktorer for fuldstændig resektion ved første recidiv. Resultaterne var konsistente i undergruppeanalyser, inklusive serøse og endometrioide subtyper med et behandlingsfrit interval på ≥6 måneder. Ascites ≥500 ml var kun til stede hos 7,9 % af patienterne, mens 92,1 % havde ingen eller lavvolumen (<500 ml) ascites. Diffus carcinomatose blev observeret hos 58,7 % af patienterne. Hos patienter, som havde opnået fuldstændig resektion ved primær kirurgi, var et behandlingsfrit interval på >28 måneder forbundet med højere fuldstændige resektionsrater (83,3 % vs. 50 %, p = 0,038).
Fagottis gruppe, fandt blandt 116 patienter matchet 1:3 (HGSC:LGSC) for rest tumor ved første operation, tilstedeværelse af ascites og PS, der fik foretaget recidiv kirurgi, at R0 raten ikke var signifikant lavere ved recidiv operation for LGSC sammenlignet med HGSC. Man fandt, at spredning var mere omfattende hos LGSC, og indgrebene var signifikant mere omfattende, idet der var højere frekvens af diafragma resektion (41,4 % vs 21,8 %, p=0,05),resektion af abdominal væg (41,4 % vs 18,4 %, p=0,02) og peritonektomi i lille bækken (51,7 % vs 21,8 %, p=0,01). Der var tillige flere tarmresektioner ved LGSC (24,1 % vs 8,0 %, p=0,04), mens HGSC havde en højere frekvens af lymfadenektomi (73,2 % % vs. 37,9 %, p=0,03). Generelt var kirurgisk kompleksitet højere ved LGSC (58,6 % vs. 36,8 %; p=0,05), med højere median estimeret blodtab (400 vs 200 mL; p=0,01) sammenlignet med HGSC (5).

GOG213 er et randomiseret studie, der havde to formål, dels at belyse om vedligeholdelsesbehandling med Bevacizumab kunne øge overlevelsen, dels om sekundær cytoreduktion efterfulgt af kemoterapi kunne øge overlevelsen. Man fandt ingen effekt af recidivkirurgi på OS (HR= 1,28 (0,92-1,78)) eller på PFS (HR= 0,88 (0,70-1,11)), men stratificeret på det operative resultat, fandt man en effekt på PFS for de patienter, der opnåede R0 vs non-R0 (HR=0,51 (0,36-0,72), men ikke signifikant effekt på OS (HR=0,67 (0,41-1,08), og at PFS for de patienter, der opnåede R0 var signifikant bedre end blandt patienter, der ikke blev opereret (HR00,68 (0,51-0,90). Man opnåede R0 hos 64% af patienterne (ITT-populationen). Studiet har siden været kritiseret for sit design, for at knap halvdelen af patienterne var asiatere, og for at 84% fik Bevacizumab i anden linie behandlingen. Ydermere har det undret, at man kun opnåede R0 hos 64 %, hvilket dels kan bero på andre og mindre restriktive inklusionskriterier end i DESKTOP III studiet, dels på de Centre, der har deltaget. Endelig fordrede styrkeberegningerne 250 events, og ved præsentationen, havde man kun set 147 events (2) (1b).
Det kinesiske studie SOC-1 er et multicenter, open-label, randomiseret, fase 3 studie, der inkluderede 357, som var potentielt resektable ud fra "The international model (iMODEL) score" og PET-CT imaging (3). iMODEL score består af seks variable: International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) stadie, residual tumor efter primær kirurgi, platin-frit interval, Eastern Cooperative Oncology Group performance status, cancer antigen 125 ved tilbagefaldet og mængden af ascites ved tilbagefaldet. Der er således tale om en kombination af AGO-kriterierne og kriterierne i GOG-studiet. En iMODEL score på $\leq$ 4,7 forudsiger potentiel

R0. Median progressionfri overlevelse var 17,4 måneder (95% CI 15·0-19·8) i kirurgi gruppen mod 11,9 måneder (10,0-13,8) i ikke-kirurgi gruppen (hazard ratio [HR] 0·58; 95% CI 0·45-0·74; p<0·0001) (1b). Ved interim overall survival analyse, fandt man median overlevelse på 58,1 måneder (95% CI ikke estimeret) i kirurgi gruppen og 53,9 måneder (42,2-65,5) i ikke-kirurgi gruppen (HR 0·82, 95% CI 0·57-1·19), men endeligt resultat afventes.

Ovenstående studier har brugt forskellige kriterier i deres selektion af patienter til recidivkirugi. Zang et Zu (3) beskriver en ny model iMODEL,der inkluderer de kriterier fra såvel DESKTOP III, GOG 213 og SOC-1 studierne, som på publikationstidspunktet i 2019 desværre endnu ikke havde de endelige resultater. Jiang et Li (6) forsøger i deres prediktionsmodel for komplet cytoreduktion at kombinere selektionskriterierne fra DESKTOP III (god performace status, ingen redidual tumor (RD) ved primære operation (eller FIGO I/II, ingen ascites på recidiv tidspunktet (< 500 ml), Tabel 1) og SOC-1 (TIAN model (7) FIGO stadie, RD efter primær operation, Progressionsfrit interval (PFI), ECOG performance status, CA-125 ved recidiv og ingen ascites, Tabel 2) og Memorial Sloan Kettering (MSK) kriterier (sygdomsfrit interval, antal recidiv foci og mere end 20 noduli af carcinose, Tabel 3). De to førstnævnte er prospektivt evalueret, mens MSK ikke er valideret prospektivt. I vurderingen af de forskellige modeller fremhæves, at AGO score kan identificere passende kandidater til sekundær cytoreduktiv kirurgi (SCS), med komplet makroradikal resektion (CGR) på 89.3% hhv. 66.7% hos patienter med positiv hhv. negativ AGO score. Dette indikerer, at AGO score ikke har en særlig god negativ prediktiv værdi. Selektionskriterierne for kirurgi til patienter med negativ AGO score var ikke standardiseret, men ikke desto mindre kunne 38% af patienterne med negativ AGO score opnå R0 efter SCS og PFS var på niveau med patienter med positiv AGO score. Dette aspekt viser, at AGO score ikke påvirker patientens inresektabilitet. Konklusionen er derfor at man bør gennemføre studier til afklaring af den prædiktive og prognostiske betydning af en negativ score. Samlet har de forskellige modeller styrker og svagheder i forhold til at kunne identificere den undergruppe af patienter, der måtte have gavn af recidivkirurgi, men modellerne kunne forfines ved at tilføje MR eller PET-CT for eksklusion af patienter til SCS (2a).

**Table 1**
AGO score

Predictive parameters of R0
Platinum-sensitive ROC
Good performance status (ECOG 0)
No residual disease after primary surgery (or, alternatively, FIGO I/II)
Absence of ascites in preoperative imaging (<500 ml)

AGO, Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie; CGR, complete gross resection; ROC, recurrent ovarian cancer; FIGO, International Federation of Gynecology and Obstetrics; ECOG, Eastern Cooperative Oncology Group.

**Tabel 2**
Tian model

| Impact factors Scoring | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 0.8 | 1.5 | 1.8 | 2.4 | 3.0 |
| FIGO stage | I/II | III/IV | | | | |
| RD after primary surgery | 0 | | >0 | | | |
| PFI (months) | ≥16 | | | | <16 | |
| ECOG performance status | 0–1 | | | | 2–3 | |
| CA125 at recurrence (U/ml) | ≤105 | | | >105 | | |
| Ascites at recurrence | Absent | | | _____ | | Present |

FIGO, International Federation of Gynecology and Obstetrics; ECOG, Eastern Cooperative Oncology Group; RD, residual disease; PFI, progression-free interval.

**Tabel 3**
MSK criteria

| Disease-free interval | Single site | Multiple sites: no carcinomatosis | Carcinomatosis [a] |
|---|---|---|---|
| 6–12 months | Offer SCS | Consider SCS | No SCS |
| 12–30 months | Offer SCS | Offer SCS | Consider SCS |
| >30 months | Offer SCS | Offer SCS | Offer SCS |

MSK, Memorial Sloan Kettering; SCS, secondary cytoreductive surgery.

[a] Carcinomatosis was defined as the presence of 20 tumor nodules noted at the time of surgery.

Ved positiv AGO-score kan makroradikal operation opnås hos 76 % (Evidens 2a)
Perioperativ morbiditet og mortalitet ved recidivkirurgi er som ved primær operation for avanceret ovariecancer (Evidens Ia)

AGO positive patienter kan opnå forlænget PFS, TFST og OS ved makroradikal kirurgisk behandling (Evidens Ib)

Patienter med lang sygdomsfri periode > 16 måneder, få recidiv foci, CA-125 < 105 og god PS har signifikant bedre PFS ved kirurgi + kemoterapi sammenlignet med kemoterapi alene (Evidens 1b)

Anbefalingen er derfor, at man drøfter mulighed for operation med patienter, med platinfølsomt recidiv, hvis de er AGO-score positive med henblik på at forlænge PFS og OS. Operation kan også overvejes hos patienter med god PS, lang sygdomsfri periode > 16 måneder, CA-125 < 105 og få recidiv-foci med henblik på at forlænge PFS.

## Patientværdier og – præferencer

Operation for recidiv er præferencefølsomt, da de fleste patienter intuitivt ønsker operation. Dette kan bero på personlige forhold og den interesse, patientorganisationer har haft for problemstillingen.

## Rationale

Der foreligger god evidens for effekten af kirurgi for AGO-positive (God performance status (ECOG 0), makroradikal operation ved den primære kirurgi (eller hvis ukendt, da alternativt FIGO st. I/II) og ingen ascites (mindre eller med 500 ml)), hvis man mener at kunne opnå RO. Blandt AGO-negative patienter kan 60-65 % opnå RO, hvorfor man må overveje individuel rådgivning.

## Bemærkninger og overvejelser

Man bør inddrage flere variable end AGO-score, når patientens chance for makroradikal operation vurderes.

# 4. Referencer


1. Harter P, Sehouli J, Vergote I, Ferron G, Reuss A, Meier W, et al. Randomized Trial of Cytoreductive Surgery for Relapsed Ovarian Cancer. N Engl J Med. 2021;385(23):2123-31.
2. Coleman RL, Brady MF, Herzog TJ, Sabbatini P, Armstrong DK, Walker JL, et al. Bevacizumab and paclitaxel-carboplatin chemotherapy and secondary cytoreduction in recurrent, platinum-sensitive ovarian cancer (NRG Oncology/Gynecologic Oncology Group study GOG-0213): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial. Lancet Oncol. 2017;18(6):779-91.
3. Shi T, Zhu J, Feng Y, Tu D, Zhang Y, Zhang P, et al. Secondary cytoreduction followed by chemotherapy versus chemotherapy alone in platinum-sensitive relapsed ovarian cancer (SOC-1): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial. Lancet Oncol. 2021;22(4):439-49.
4. Canaz E, Braicu EI, Kulbe H, Ozyurek E, Grabowski JP, Sehouli J. Reproducibility of positive AGO score in predicting complete cytoreduction in recurrent low-grade ovarian cancers. Int J Gynecol Cancer. 2025;35(8):101966.
5. Cappuccio S, Marchetti C, Altıntaş DA, Oliva R, Russo SA, Costantini B, et al. Low-grade versus high-grade serous ovarian cancer: comparison of surgical outcomes after secondary cytoreductive surgery. Int J Gynecol Cancer. 2024;34(2):293-9.
6. Jiang C, Li Z. Prediction Models for Complete Resection in Secondary Cytoreductive Surgery of Patients With Recurrent Ovarian Cancer. Front Oncol. 2021;11:674637.
7. Tian WJ, Chi DS, Sehouli J, Tropé CG, Jiang R, Ayhan A, et al. A risk model for secondary cytoreductive surgery in recurrent ovarian cancer: an evidence-based proposal for patient selection. Ann Surg Oncol. 2012;19(2):597-604.

# 5. Metode

## Litteratursøgning

Der er foretaget en systematisk søgning i PubMed (Keywords: ovarian cancer, recurrence, surgery, residual tumor, predictive) 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 af medlemmerne af ovariecancer arbejdsgruppen.

## Interessentinvolvering

Patientorganisationen "Kræft i Underlivet" (KIU) er blevet inddraget.

## 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:
22. oktober 2025.

## Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

Ingen anbefalinger vurderes at udløse en betydelig merudgift.

## Behov for yderligere forskning

Hvis der ved gennemgang af litteraturen er identificeret områder, hvor der mangler forskning, kan disse anføres her.

## Forfattere og habilitet

På vegne af DGCG:
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. 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
Onkolog. Overlæge, ph.d. Trine Zeeberg Iversen, Onkologisk afd., Herlev-Gentofte Hospital
Onkolog. Overlæge, ph.d. Trine Lembrecht Jørgensen, Onkologisk afd., Odense Universitetshospital
Onkolog. Afdelingslæge Anne Krejbjerg Motavaf, Onkologisk afd., Aalborg Universitetshospital
Onkolog. Overlæge Mette Hæe, Kræftafdelingen., Regionshospitalet Gødstrup
Patolog. Overlæge Julie Brask, Patologi afd., Rigshospitalet
Patolog. Overlæge Marianne Waldstrøm, Patologi afd., Aarhus Universitetshospital
Patolog. Overlæge Iben Johnsen, Patologi afd., Odense Universitetshospital
Nuklearmedicin. Overlæge Mie Holm Vilstrup. Røntgen, Skanning og Nuklearmedicin, Esbjerg Sygehus
Radiologi. Overlæge Diana Spasojevic, Radiologisk afd., Odense Universitetshospital

Ingen af forfatterne har interessekonflikter i arbejdet med retningslinjen.

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

Retningslinien forventes opdateret løbende, når ny viden foreligger, dog senest om tre år.

## Version af retningslinjeskabelon

Retningslinjen er udarbejdet i version 10.0 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.

Der er aktuelt ingen nationale indikatorer for recidivkirurgi.

# 7. Bilag

## Bilag 1 – Ændringslog fra tidligere versioner

### Nyt siden version 2.0

| Retningslinjeafsnit | Beskrivelse af ændring |
|---|---|
| Quick guide | Quick guide tilføjet. |

# 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.