DMCG.dk

Klinisk retningslinje

Ovariecancer – Epitheliale borderline ovarietumorer

Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe (DGCG)

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Version 2.0

Fagligt godkendt
13.05.2026 (Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe | DGCG)

Administrativt godkendt
19.05.2026 (SundK Retningslinjefunktionen)

Planlagt opdatering
13.05.2029

Indeksering
c.ovarii, bordeline

Indhold

1. Nyt siden sidst (ændringslog) 4
2. Anbefalinger (centrale budskaber) 6
   - Standard behandling 6
   - Re-staging operation 6
   - Fertilitetsbevarende behandling 6
   - Adjuverende behandling 7
   - Opfølgning 7
   - Flowchart for behandling 8
3. Introduktion 11
   - Formål 12
   - Patientgruppe 12
   - Målgruppe for brug af retningslinjen 12
4. Evidensgrundlag 13
   - Standard behandling 13
   - Re-staging operation 13
   - Fertilitetsbevarende behandling 13
   - Adjuverende behandling 14
   - Opfølgning 14
5. Referencer 19
6. Metode 22
   - Litteratursøgning 22
   - Litteraturgennemgang 22
   - Sundhedsøkonomiske konsekvenser 22
   - Formulering af anbefalinger 22
   - Afvikling af unødvendige behandlinger og procedurer 22
   - Interessentinvolvering 22
   - Høring 22
   - Godkendelse 22
   - Behov for yderligere forskning 23
   - Forfattere og habilitet 23
   - Plan for opdatering 23
   - Version af retningslinjeskabelon 23
7. Monitorering 24
8. Implementering 25
9. Bilag 26
10. Om denne kliniske retningslinje 27

1. Nyt siden sidst (ændringslog)

Ændringsloggen skal give et hurtigt overblik over væsentlige ændringer siden sidste version af retningslinjen og udfyldes kun i forbindelse med opdateringer. Alle ændringer anføres kort i tabellen nedenfor (”Nyt siden version 1.0”).

Beskriv kort og præcist de ændringer, der er foretaget i hvert relevant afsnit, så det tydeligt fremgår, hvad der er ændret og hvorfor.

Tabel 1 - Nyt siden version 1.0

Kapitel	Afsnit	Beskrivelse af ændring
	Titel	Ovariecancer – Epitheliale borderline ovarietumorer
2. Anbefalinger		Hysterektomi anbefales ikke længere, medmindre uterus er med atypisk hyperplasi eller tumorvæv. Appendektomi anbefales ikke længere ved mucinøs Borderline, hvor appendix er makroskopisk normalt udseende.
3. Introduktion		
	Formål	At understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark. Flere studier har efterhånden vist, at man kan tillade mindre radikal kirurgi ved Borderline tumorer, og derfor behandles denne sygdom særskilt i denne retningslinje.
	Patientgruppe	Kvinder der peroperativt eller ved endelig histologi får påvist ovarietumor af Borderline type.
	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.
4. Evidensgrundlag		
	Litteratur og evidensgennemgang	Foretaget ny litteraturgennemgang med tilhørende evidensgradering i henhold til Oxford kriterier
5. Referencer		Litteraturlisten er opdateret
6. 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 Bordeline tumor, fertility sparing, preservation, reproductive outcome, surgery,

Kapitel	Afsnit	Beskrivelse af ændring
		pregnancy, follow up. Referencer er tilføjet ad hoc, når ny viden publiceres.
	Litteraturgennemgang	Ovariecancerarbejdsgruppen har gennemgået litteraturen, vægtet publikationerne, syntetiseret resultaterne og vurderet evidensen i forhold til Oxford hierarkiet.
	Sundhedsøkonomiske konsekvenser	Anbefalingerne afspejler, hvad der er gængs praksis i Danmark og vil ikke udløse en betydelig merudgift. Anbefalingerne vurderes at være udgiftneutrale.
	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	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.
	Behov for yderligere forskning	Borderline tumorer er sjældne tumorer. Guidelinen er baseret på observationelle kohortestudier og systematisk review og metaanalyse af disse. Der er kun mindre 1 RCT. Der er behov for store multicenter studier på stort set alle områder.
	Forfattere og habilitet	Forfattergruppen er opdateret med ovariecancergruppens medlemmer pr 1/12 2025.

2. Anbefalinger (centrale budskaber)

Anbefalingernes styrke er graderet efter Oxford Levels of Evidence. En A-anbefaling bygger på evidens af høj kvalitet og udtrykker høj sikkerhed i anbefalingen. En D-anbefaling bygger på evidens af lav kvalitet og udtrykker lav sikkerhed i anbefalingen.

Standard behandling

1. Standardbehandlingen til postmenopausale kvinder er bilateral salpingooophorectomi, infrakolisk omentektomi, inspektion af samtlige peritoneale flader, skyllevæske samt peritoneale biopsier● (B)

   ●*Biopsi fra fossa douglassi, blæreperitoneum og parakoliske rum bilateralt.*

2. Ved FIGO stadium ≥ 2 foretages cytoreduktiv kirurgi som ovenstående samt fjernelse af alt synligt tumorvæv (B)

3. Præ-menopausale kvinder med unilateral involvering og uden mistanke om disseminering, som ønsker at bevare deres endokrine funktion, kan tilbydes staging operation med unilateral salpingooophorectomi, infrakolisk omentektomi, skyllevæske samt peritoneale biopsier (C)

4. Hysterektomi anbefales for endometrioide borderline tumorer og for alle borderline tumorer ved tegn på avanceret sygdom (C)

5. Ved uterusbevarende behandling af endometrioide borderline tumorer bør der foretages endometriediagnostik (B)

6. Primær operation og re-staging kan foregå med laparoskopi eller laparotomi afhængig af tumorstørrelse (C)

Re-staging operation

7. Efter inkomplet staging ved primær operation med unilateral salpingo-oophorektomi og systematisk vurdering af peritoneale overflader bør re-staging ikke udføres rutinemæssigt, men kan foretages ved klinisk FIGO stadie I. Cytoreduktiv operation skal tilbydes ved klinisk mistanke om avanceret sygdom (FIGO stadie II-III) (B)

8. Mucinøs borderline tumorer: Efter inkomplet staging med cystektomi bør re-staging inklusiv USO altid udføres (B)

9. Ved uterusbevarende behandling af endometrioide Borderline tumorer bør der foretages endometriediagnostik (B)

Fertilitetsbevarende behandling

10. Ved fertilitetsønske, anbefales fertilitetsbevarende kirurgi med fjernelse af det afficerede adnex, infrakolisk omentektomi, skyllevæske samt peritoneale biopsier●. Patienter med serøs Borderline eller avanceret sygdom skal informeres om en øget risiko for recidiv (B)

    ●*Biopsi fra fossa douglassi, blæreperitoneum og parakoliske rum bilateralt og bækkenvæggene.*

11. Ved fertilitetsbevarende behandling af serøse Bordeline tumorer kan cystektomi (uni- eller bilateral) tilbydes (B)

12. Ved fertilitetsbevarende behandling af mucinøse Bordeline tumorer bør der foretages USO (det afficerede adnex) (B)

13. Ved fertilitetsbevarende behandling af endometrioide Bordeline tumorer bør der foretages endometriediagnostisk (B)

14. Efter endt fertilitetsønske, er der ikke evidens for yderligere staging-kirurgi (C)

Adjuverende behandling

15. Adjuverende behandling af Borderline tumorer i ovarierne anbefales ikke (A)

Opfølgning

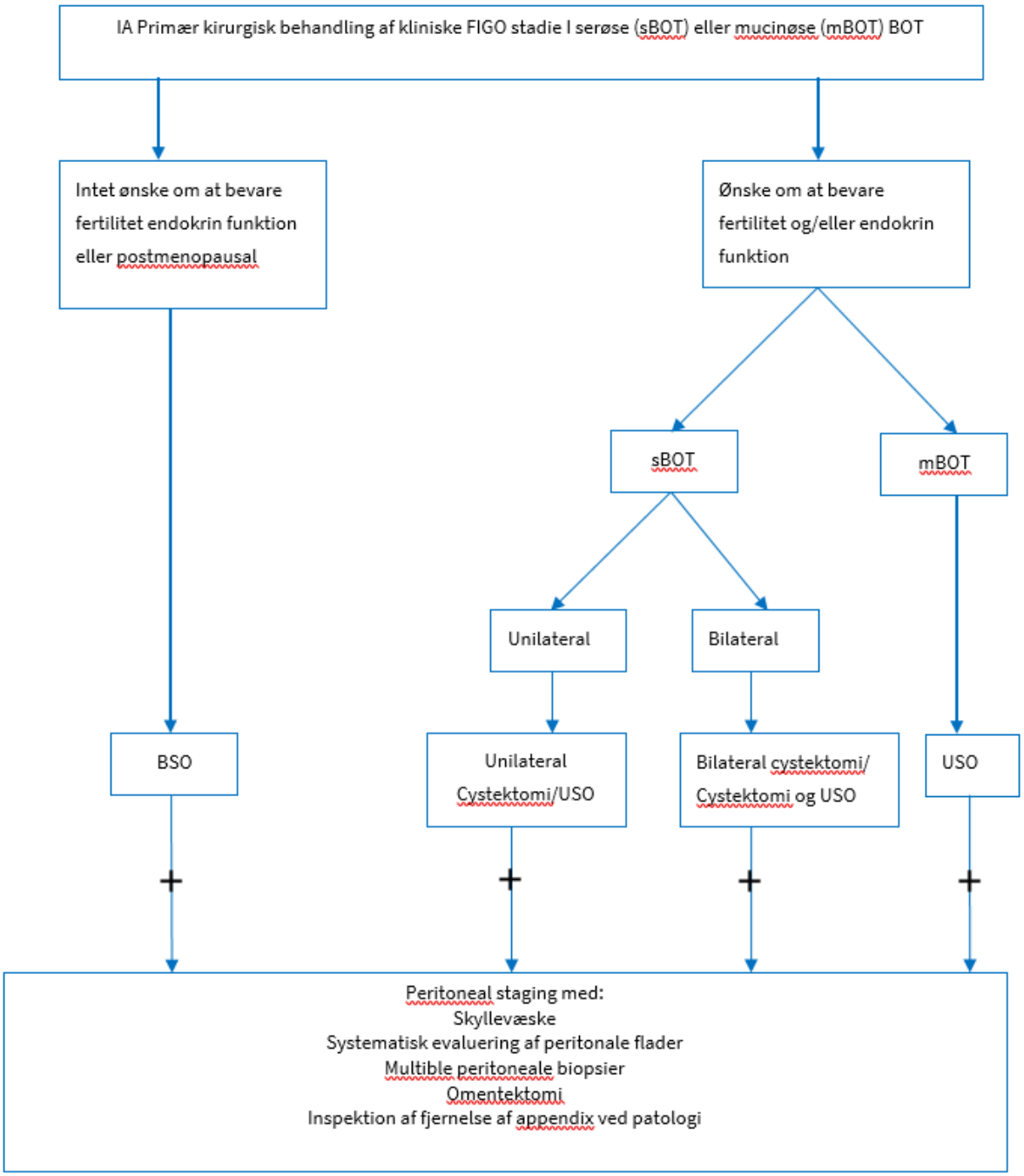
16. Patienter som er konservativt behandlet (inkomplet staging/behandling med fertilitetsbevarende operation) eller som er diagnosticeret med avanceret sygdom (FIGO stadie > I) bør tilbydes opfølgning hvert ½ år de første 3 år og herefter kontrol 1 gang årligt til i alt 5 års opfølgning (D)

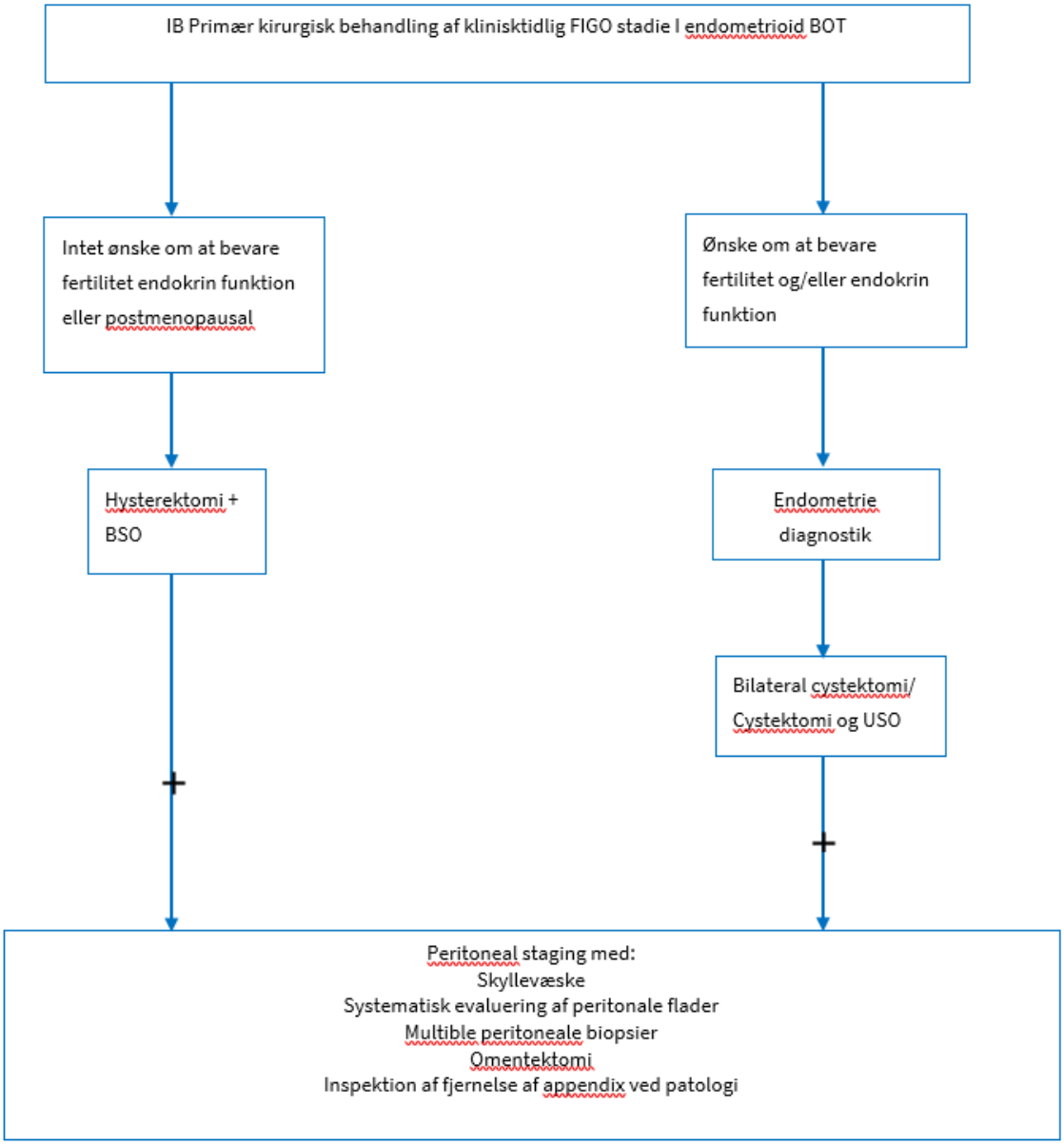
17. Opfølgning i mere end 5 år vurderes individuelt (D)

18. Patienter med primær forhøjelse af CA-125 og/eller CEA skal følges med relevante tumormarkører (D)

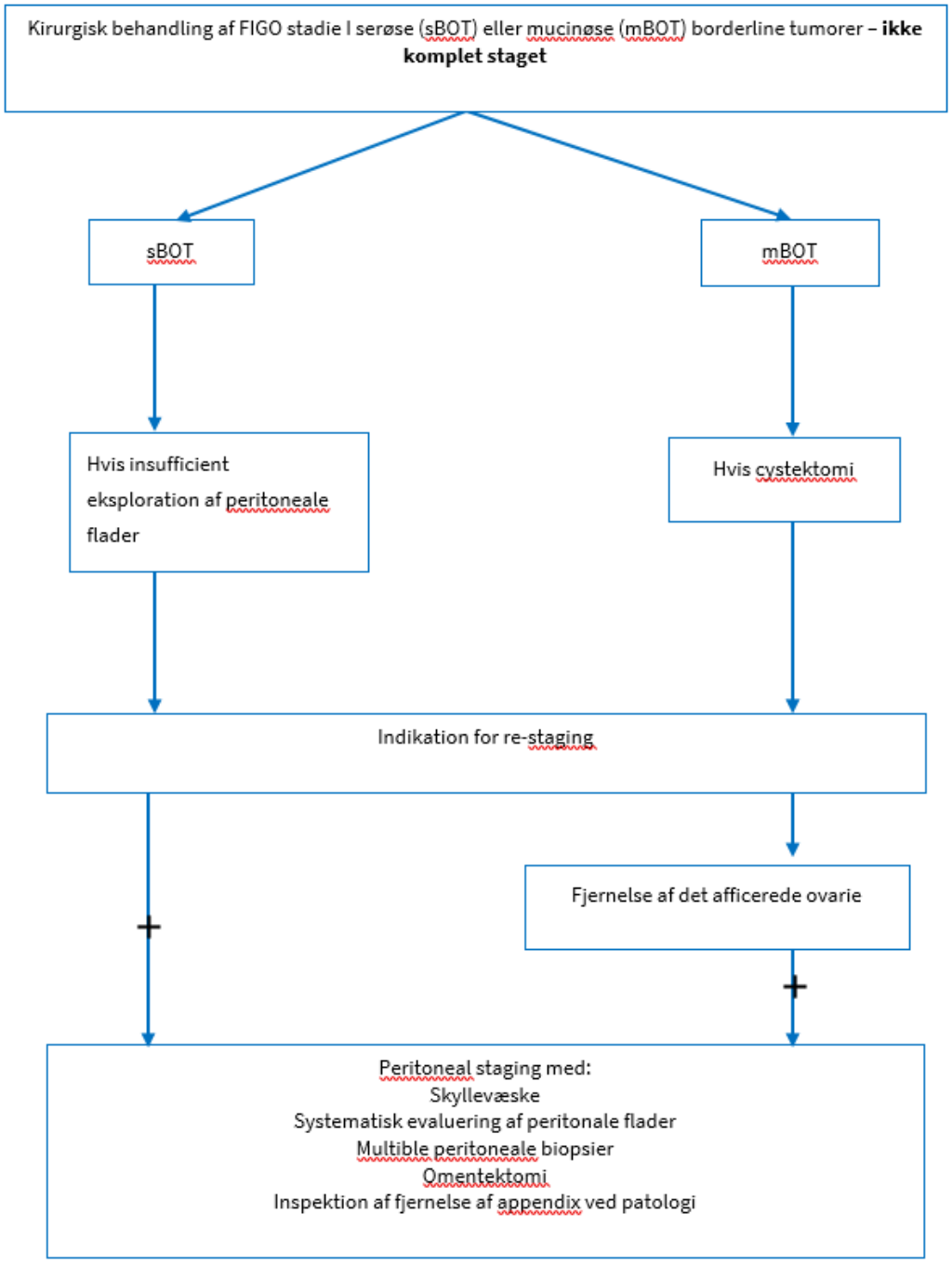
Flowchart for behandling

Figur 1: Flowchart for primær kirurgisk behandling af klinisk FIGO stadie I Borderline tumorer i ovariet (BOT)




IB Primær kirurgisk behandling af klinisktidlig FIGO stadie I endometrioid BOT
Intet ønske om at bevare fertilitet endokrin funktion eller postmenopausal
Ønske om at bevare fertilitet og/eller endokrin funktion
Hysterektomi + BSO
Endometrie diagnostik
Bilateral cystektomi/ Cystektomi og USO
+
+
Peritoneal staging med:
Skyllevæske
Systematisk evaluering af peritonale flader
Multible peritoneale biopsier
Omentektomi
Inspektion af fjernelse af appendix ved patologi

Figur 2: Flowchart for kirurgisk behandling af FIGO stadie I serøs eller mucinøs borderline tumorer som ikke er komplet staget



Der er ikke evidens for, hvordan man behandler inkomplet staget endometrioied BOT

3. Introduktion

Borderline tumor i ovariet rammer både yngre og ældre patienter, som kan have forskellige ønsker og forventninger til behandling. Sygdommens meget favorable prognose gør det relevant at afveje fordele og ulemper ved udvidede kirurgiske indgreb, så man undgår overbehandling med negativ effekt på fertilitet og endokrin funktion.

Modsat kan der hos ældre patienter være et ønske om optimal staging med mulighed for at undgå efterfølgende kontrolforløb

Baggrund epidemiologi

Borderline ovarietumorer (BOT), også kaldet tumorer med lavt malignt potentiale, blev i litteraturen fra 1970'erne og frem klassificeret som en særskilt gruppe af epitheliale ovarietumorer, adskilt fra invasive carcinomer ved fravær af destruktiv stromal invasion trods celleatypi og proliferative forandringer (1). orderline tumorer er overvejende serøse (sBOT) (60 %)) eller mucinøse (mBOT (30 %)) (2), mens endometrioide (eBOT)og clear cell BOT (cBOT) er sjældent forekommende (<5%) (3). Stadieinddeling af BOT følger FIGO-stadieinddelingen for epithelial ovariecancer (4), selvom deres biologiske adfærd adskiller sig væsentligt fra invasive ovarietumorer. sBOT optræder ofte bilateralt (ca.25%), mens involvering af begge ovarier er sjælden ved de øvrige undertyper (<5%) (3).

I Danmark rapporteres årligt omkring 150 tilfælde af BOT, hvilket svarer til en incidens på ca. 5/100.000 kvinder per år, afhængigt af opgørelsesmetode (5) (6) (7) [2] . Incidensen er den samme som i de andre nordiske lande (8). Ca. 70–80 % diagnosticeres i FIGO stadium I, mens avancerede stadier (FIGO stadie II og III) er sjældne (2, 9). Medianalderen ved diagnosetidspunkt ligger typisk i 40'erne til begyndelsen af 50'erne, og omkring en tredjedel af patienterne er i fertil alder (<50 år) (10).

På grund af sygdommens generelt gode prognose kan konservative, fertilitetsbevarende kirurgiske strategier overvejes ved stadium I sygdom, hos kvinder med ønske om fremtidig graviditet og/eller bevarelse af den endokrine funktion. I de senere år er denne mulighed udvidet til også at omfatte selekterede fertile kvinder med stadie II og III sygdom,især sBOT, som er behandlet med cytorecuktiv kirurgi uden restsygdom (9) [2b]. Denne tilgang skal afvejes mod en øget risiko for recidiv, som dog ikke påvirker den samlede overlevelse (11-13) [2b].

Hos patienter med stadium I, BOT, behandlet radikalt er recidivraten lav (< 5%) (2, 3, 14, 15) [2b]. I et dansk studie af overvejende stadium I BOT (n=1143) fandt man en recidivrate på 3,7 % (16) [2b]. Ved stadium II-III er recidivrisikoen betydeligt højere (15-25%) især ved sBOT og hos konservativt behandlede patienter (30-40 %) (14, 17-20) [2a]. Hos denne gruppe er der i flere retrospektive studier, beskrevet øget risiko for avanceret sygdom og tilbagefald hos patienter med mikropapillært/papillært vækstmønster. Desuden er dette vækstmønster i en nylig metaanalyse blevet associeret med tilstedeværelse af invasive implants og low grade serøst adenocarcinom (21) [1b].

Generelt er den samlede overlevelse dog god, selv ved stadium II-III sygdom.
Data fra et tidligere dansk studie viser, at den samlede relative 5-, 10- og 15-års overlevelse for stadium I, sBOT er på hhv. 99% (95% CI: 96.7–100.2), 98% (95% CI: 95.6–100.6) og 98% (95% CI: 94.6–101.6). For patienter med avanceret sygdom, var den relative samlede 5- og 10- års overlevelse på hhv. 95 % (95 % CI: 87.9–98.7) og 90 % (95 % CI: 80.7–95.7) (22) [2b].Disse estimater er på linje med internationale publikationer (14, 23) [2b], hvor højere stadier (II-III) også havde en god 5-års overlevelse på 60-87% (12, 24) [2b] I en metaanalyse fandt man 5 års mortalitetsrater på hhv. 1,5% og 3,5% for hhv. stadium I og stadium II-III (12) [2a].
Risikoen for malign transformation til ovariecancer er generelt lav (1-5%). Den absolutte risiko for malign transformation blandt mBOT er lav (<1%) på grund af den lave risiko for recidiv. Men en større andel af recidiverne er invasive (op til 20%) (3, 12, 25).

Dette blev bekræftet i et systematisk review af Darai et al, som fandt dødelige recidiver hos hhv. 0,5 % (sBOT) med tidligt og 2 % ved avanceret stadie[2a]. Konservativ behandling synes ikke at medføre nedsættelse af den samlede overlevelse (26).

Formål

Det overordnede formål med denne retningslinje er at understøtte en evidensbaseret indsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark. Flere studier har efterhånden vist, at man kan tillade sig mindre radikal kirurgi ved Borderline tumorer, og derfor behandles denne sygdom særskilt i denne retningslinje

Patientgruppe

Kvinder der peroperativt eller ved histologi får påvist ovarietumor af Borderline type.

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.

4. Evidensgrundlag

Standard behandling

1. Standardbehandlingen til postmenopausale kvinder er bilateral salpingooophorectomi, infrakolisk omentektomi, inspektion af samtlige peritoneale flader, skyllevæske samt peritoneale biopsier● (B)

   ●*Biopsi fra fossa douglassi, blæreperitoneum, parakoliske rum bilateralt og bækkenvæggene*

2. Ved FIGO stadium ≥ 2 foretages cytoreduktiv kirurgi som i tillæg til ovenstående inkluderer fjernelse af alt synligt tumorvæv (B)

3. Præ-menopausale kvinder med unilateral involvering og uden mistanke om disseminering, som ønsker at bevare deres endokrine funktion, kan tilbydes staging operation med unilateral salpingooophorectomi, infrakolisk omentektomi, skyllevæske samt peritoneale biopsier. Patienter med serøs borderline skal informeres om øget risiko for recidiv (C)

4. Hysterektomi anbefales for endometrioide Borderline tumorer og for alle borderline tumorer ved tegn på avanceret sygdom (C)

5. Ved uterusbevarende behandling af endometrioide Borderline tumorer bør der foretages endometriediagnostik (B)

6. Primær operation og re-staging kan foregå med laparoskopi eller laparotomi afhængig af tumorstørrelse (C)

Re-staging operation

7. Efter inkomplet staging ved primær operation med unilateral salpingo-oophorektomi og systematisk vurdering af peritoneale overflader bør re-staging ikke udføres rutinemæssigt, men kan foretages ved klinisk FIGO stadie I. Cytoreduktiv operation skal tilbydes ved klinisk mistanke om avanceret sygdom (FIGO stadie II-III) (B)

8. Mucinøs borderline tumorer: Efter inkomplet staging med cystektomi bør re-staging inklusiv USO altid udføres (B)

9. Ved uterusbevarende behandling af endometrioide borderline tumorer bør der foretages endometriediagnostik (B)

Fertilitetsbevarende behandling

10. Ved fertiltetsønske, anbefales fertilitetsbevarende kirurgi med fjernelse af det afficerede adnex, infrakolisk omentektomi, skyllevæske samt peritoneale biopsier●. Patienter med serøs Borderline eller avanceret sygdom skal informeres om en øget risiko for recidiv (B)

    ●*Biopsi fra fossa douglassi, blæreperitoneum og parakoliske rum bilateralt og bækkenvæggene.*

11. Ved fertilitetsbevarende behandling af seröse Bordeline tumorer kan cystektomi (uni- eller bilateral) tilbydes (B)

12. Ved fertilitetsbevarende behandling af mucinøse Bordeline tumorer bør der foretages USO (det afficerede adnex) (B)

13. Ved fertilitetsbevarende behandling af endometrioide bordeline tumorer bør der foretages endometriediagnostisk forud for operation (B)

14. Efter endt fertilitetsønske, er der ikke evidens for yderligere staging-kirurgi (C)

Adjuverende behandling

15. Adjuverende behandling af Borderline tumorer i ovarierne anbefales ikke (A)

Opfølgning

16. Patienter som er konservativt behandlet (inkomplet staging/behandling med fertilitetsbevarende operation) eller som er diagnosticeret med avanceret sygdom (FIGO stadie > I) bør tilbydes opfølgning hvert ½ år de første 3 år og herefter kontrol 1 gang årligt til i alt 5 års opfølgning (D)

17. Opfølgning i mere end 5 år vurderes individuelt (D)

18. Patienter med primær forhøjelse af CA-125 og/eller CEA skal følges med relevante tumormarkører (D)

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalinger er baseret på 5 metaanalyser, 5 systematiske Reviews, 24 retrospektive, observationelle kohorte studier, 5 guideline Best practice/konsensus artikler samt 11 narrative

Ad anbefaling 1-6

Standardbehandling

Formål med primær kirurgisk behandling er resektion af al synligt tumorvæv med kurativt sigte for at nedsætte risikoen for recidiv (12) [2a]. Subsidiært, at fastslå sygdommens stadie, hvilket har betydning for behandlingsbeslutninger og risikoen for recidiv og dermed opfølgningsstrategi.
Standard/radikal operation kan foregå ved laparotomi eller laparoskopi afhængig af tumorstørrelse. Der er ikke publiceret nogen randomiserede studier, som sammenligner laparoskopi og laparotomi ved behandling af BOT. I Vasconcelos metaanalyse af 39 studier med mere end 5000 kvinder fandt man, at laparoskopi medførte flere tilfælde af cysteruptur og dermed up-staging til stadium 1C, dog uden, at dette medførte en højere recidivfrekvens eller dårligere overlevelse (12) [2a].
Den kirurgiske standard behandlingen består i radikal staging operation, hvor der indledes med skyllevæske til cytologi. Indgrebet omfatter som minimum bilateral salpingo-oforektomi (BSO), infrakolisk omentektomi, peritoenale biopsier (fra parakoliske rum, bækkenvæggene, fossa Douglasi, blære-peritoneum) samt fjernelse af alle synlige tumorelementer. Der bør samtidig foretages systematisk intraabdominal inspektion af alle peritoneale overflader. Hos premenopausale kvinder, som ønsker at bevare deres endokrine funktion i ovariet, kan BSO erstattes af unilateral salpingo-oophorektomi (USO). Om muligt skal patienten inden indgrebet informeres om, at USO er forbundet med en større risiko for recidiv (især for sBOT) uden, at dette medfører en dårligere overlevelse (14, 18) [2b].
Omentektomi anbefales som led af stadieinddelingen. Der foreligger ingen randomiserede studier eller evidens for, at rutinemæssig omentektomi forbedrer prognosen ved BOT (10, 14, 18) [2b]. En nylig metaanalyse af 12 retrospektive studier (n=2996) fandt en lav incidence af metastaser i omentet

(8.5%), hvoraf hovedparten blev fundet i sBOT med implants. Studiet fandt ingen signifikant effekt af omentektomi på progressionsfri eller samlet overlevelse (27) [2a]. Involvering af omentet er således sjælden, især ved klinisk stadie I sygdom. Ved stadium II og III eller ved mistanke om peritoneal sygdom findes der hyppigere spredning til omentet, hvorfor omentektomi her har diagnostisk betydning (inklusive fund af invasive implants/low grade serøst adenocarcinom ved sBOT) og derfor kan have betydning for efterbehandling og opfølgning (10, 14, 18) [2b].
Et review af 12 retrospektive studier, der undersøgte betydningen af appendektomi ved mBOT, fandt, at 2 (0,86%) af 232 appendektomerede patienter havde et carcinom i appendix. I begge tilfælde var appendix makroskopisk suspekt. Reviewet konkluderede, at fjernelse af en normalt udseende blindtarm (primær eller ved re-staging) for mBOT ikke er påkrævet (28) [2a].

Betydningen af rutinemæssig hysterektomi som led i standard operation for stadie I BOT diskuteres, da flere studier har vist, at uterus kun sjældent er involveret ved BOT (~2%) (29, 30), og ikke forbedrer den BOT specifikke overlevelse ved stadie I (31, 32) [2a]. Mange anbefaler derfor, at også postmenopausale kvinder eller kvinder uden fertilitetsønske og formodet stadie I sygdom inddrages i beslutningen for og i mod hysterektomi. Hysterektomi anbefales fortsat ved peritoneal sygdom især ved involvering af serosa på livmoderens overflade. En vigtig undtagelse for ovenstående er eBOT, hvor kvinder uden fertilitetsønske anbefales hysterektomi p.gr.a. risiko for synkron endometrie hyperplasi/corpus cancer (~20 %) (33) [2b]. Hvis patienten har fertilitetsønske, kan uterus bevares, under forudsætning af benign endometriediagnostisk (33) [2b]

Lymfeknudefjernelse anbefales ikke pga. manglende prognostisk betydning. En metaanalyse omfattende mere end 4000 kvinder heraf 68 med lymfeknudeinvolvering fandt man en 98 % overlevelse i denne subgruppe efter 6,5 år (34) [2b].

Der foreligger ingen randomiserede studier, som sammenligner komplet staging kirurgi med konservativ behandling.

Ad anbefaling 7-9

Re-staging efter inkomplet kirurgi

Eftersom diagnosen BOT ofte først kendes efter den primære operation, har der været kutyme for re-staging efter inkomplet stagingkirurgi, for at afklare det endelige stadie, og fjerne mulig resttumor af prognostiske hensyn (10-12). En del (15-29 %) af de serøse tumorer up-stages, hvorimod næsten ingen af de mucinøse up-stages (17, 18, 35-39) [2c]. Dette stemmer overens med fundet af stadium II/III tumor hos 24 % af patienter med sBOT mod kun 4 % af patienter med mBOT, der gennemgik re-staging efter inkomplet primær operation (9) [2b]. På denne baggrund er der kun indikation for restaging ved mBOT, hvis der ved primær kirurgi er foretaget cystektomi eller der er efterladt makroskopisk resttumor ved primær kirurgi (25, 40, 41) [2b]. Data vedrørende eBOT og cBOT er begrænsede, men ved eBOT skal re-staging alternativt endometrie diagnostik foretages, hvis der ikke er foretaget hysterektomi ved primær operation, på grund af risikoen for synkron atypisk hyperplasi i endometriet eller corpus cancer (33) [2b].

Den prognostiske betydning af re-staging ved sBOT er omdiskuteret. Mange studier har vist, at risikoen for recidiv ved sBOT er øget efter konservativ/fertilitetsbevarende kirurgi (10-20% i nyere serier), mens recidiv sjældent forekommer i stadie I (< 5%) i komplet stagede patienter (2, 18) [2b]. En subgruppe analyse af det tyske AGO-studie tydede på, at komplet staging (især omentektomi) nedsatte risikoen for recidiv ved sBOT (17) [2b]. Studiet var retrospektivt og inkluderede et mindre antal patienter med recidiv (17). Et nyere systematisk review og meta-analyse (20) konkluderede, at re-staging sjældent ændrer overlevelsen, men kan ændre risikoen for recidiv i udvalgte grupper [2a].

Et andet argument for re-staging af sBOT er, at den øgede risiko for recidiv kræver længere tids opfølgning, mens komplet staget sBOT stadie IA kan afsluttes efter operation uden yderligere opfølgning (16, 18)[2b].

Ifølge de nye ESGO/ESRE/ESGE guidelines bør re-staging ikke udføres rutinemæssigt ved BOT, men overvejes ved sBOT (13).

Mange nyere studier anbefaler således ikke rutinemæssig restaging, men at proceduren må overvejes i lyset af omfanget af den primære operation:1) om der er efterladt restvæv, 2) om der er mistanke om avanceret sygdom, 3) om der er tale om sBOT og 4) om der er blevet foretaget grundig eksamination af alle peritoneale flader (2, 18) [2b].

Ad anbefaling 10-14

Fertilitetsbevarende behandling

En betydelig andel af patienter med BOT diagnosticeres i den fertile alder.
Kvinder med graviditetsønske med nydiagnosticeret BOT kan som udgangspunkt tilbydes fertilitetsbevarende kirurgi med bevarelse af uterus samt den ene adnex. Kvinderne skal dog informeres om den øgede recidivrisiko (se ovenfor under inkomplet staging procedure) især ved sBOT og højere stadier (II-III) (42) [4]. Operationen omfatter typisk skyllevæske mhp cytologi, systematisk iinspektion af alle peritoneale flader, fjernelse af det involverede ovarie (USO), infrakolisk omentektomi/omentbiopsi, og peritoneale biopsier. Hos kvinder, som kun har et ovarie eller med bilateral involvering kan uni- eller bilateral cystectomi overvejes [1a-2b]. Da mBOT har en højere risiko for malign transformation ved recidiv og bilateral involvering er sjælden, frarådes cystektomi altid hos denne patientgruppe (12) [2b].

Flere metaanalyser har vist, at cystektomi øger risikoen for recidiv betydeligt (cystektomi 25.3 %, bilateral cystektomi 25.6 %, USO 12.5%). Den samlede overlevelse var ikke påvirket (43, 44) [2a]. Dette skyldes formentligt, at hovedparten af recidiverne er non-invasive (43) [2b].
Det eneste randomiserede studie, som sammenligner to forskellige typer af fertilitetsbevarende behandling af bilaterale sBOT tumorer i stadium I er Palomba et al (45) [1b]. I studiet indgik 32 patienter med fertilitetsønske randomiseret til hhv. eksperimentel bilateral cystektomi, eller til ooforektomi + kontralateral cystektomi. Resultaterne efter 11 års opfølgning viste signifikant bedre reproduktive outcomes (kortere tid til graviditet og højere graviditetsrate) i bilateral cystektomi gruppen. Graviditetsraten 14/15 og 9/17 i hhv cystektomi armen og kontrolarmen. Graviditetsraten var 72 % i den samlede kohorte. Der var ingen signifikant forskel i recidivrate eller overlevelse mellem de to grupper. Efter endt fertilitetsønske modtog patienterne standard operation ved forekomst af recidiv, hvilket var hyppigst efter bilateral cystektomi. Ingen af disse patienter udviklede cancer i opfølgningsperioden (45) [1b]. Disse fund er efterfølgende blevet bekræftet i flere prospektive og retrospektive studier samt i metaanalyser (12, 44, 46) [2b], som konkluderer, at konservativ behandling med cystektomi kan tilbydes patienter med bilateral sBOT, selv om det øger risikoen for recidiv sammenlignet med USO. Der synes i disse studier ikke at være forskel i graviditetsraten mellem de to modaliteter.

En betydelig andel af kvinder behandlet med fertilitetsbevarende kirurgi opnår mindst en graviditet (40-60%) (26) hvoraf hovedparten resulterer i et levende barn [2b]. De fleste graviditeter opstår spontant, men fertilitetsbehandling er et sikkert alternativ ved infertilitet. Den spontane graviditetsrate er signifikant lavere hos patienter med højere FIGO stadier (≥II) (26) [3].

Graviditetsraten afhænger af den histologiske subtype. I studier med overvejende mBOT har man fundet graviditetshyppigheder på op til 55-75 % efter fertilitetsbevarende behandling, mens graviditetsraten er lavere ved sBOT og eBOT/cBOT, hhv. 40-60% og 8,5-30%(26) [2b].
Ved bilateral BOT (alle histologier) opnår 30-50% graviditet (45, 47).

Efter endt fertilitetsønske, er der ikke evidens for yderligere staging-kirurgi

Ad anbefaling 15

Adjuverende behandling

Et Cochrane review fra 2010 har gennemgået syv randomiserede kontrollerede studier, og man finder ingen overlevelses - eller progressionsfri gevinst ved at give adjuverende behandling med kemoterapi, strålebehandling eller intraperitoneal radioaktiv isotop terapi (48) [1a].Senere kohorte- og observationsstudier (49, 50) Har ikke vist overlevelsesgevinst, hverken ved platinbaseret kemoterapi eller antihormonal behandling selv ved avanceret sygdom, [2b-3]. Samlet anbefales ingen adjuverende behandling ved BOT-sygdom.

Ad anbefaling 16-18

Opfølgning

Recidiv af BOT kan forekomme mange år efter den primære diagnose. Komplet stagede patienter i stadium I har omtrent samme overlevelse som baggrundsbefolkningen. Derfor finder man i overensstemmelses med Europæiske retningslinjer (ESGO/ESHRE/ESGE) ikke fagligt grundlag for at foretage opfølgning af denne gruppe i hospitalsregi (2) [4] (9) [2b] (13). Der findes ingen evidens for, at overlevelsen påvirkes positivt, hvis patienterne går i et opfølgningsprogram. Opfølgning har derfor alene til formål at diagnosticere et recidiv tidligt, hvor den kirurgiske behandling antages at blive mindre omfattende, end hvis patienten kommer senere. Patienterne skal oplyses om alarmsymptomer (samme som for ovariecancer). På grund af en højere risiko for tilbagefald blandt konservativt behandlede patienter og patienter diagnosticeret i avanceret FIGO stadie (>I) anbefaler ovariecancerarbejdsgruppen, at disse patienter, kontrolleres hver 6. måned i 3 år og herefter 1 gang årligt de næste 2 år. Ved afslutning af opfølgningen kan man oplyse patienten om muligheden for at blive fulgt op i gynækologisk speciallægepraksis [4]. Hvis CA-125 og/eller CEA har været forhøjet primært, kan denne/disse tages som led i kontrolprogram [4].

Recidivkirurgi

Recidiv efter behandling for sBOT ses hyppigst efter konservativ/fertilitetsbevarende kirurgi (10-20% i nyere serier), mens recidiv er sjældent efter radikale indgreb i stadie I (< 5%). Gentagne operationer kan kurere små recidiver, og derfor kan konservativ behandling foretages, hvis der fortsat er fertilitetsønske og efter grundig information af patienten om bl.a. den øgede recidivrisiko (2, 9, 11, 12)[2b]. Langt hovedparten af recidiverne er med non-invasive implants (BOT) og de har en meget lav mortalitet. Kirurgi er fortsat standardbehandling ved recidiv.

Recidivkirurgi efter endt fertilitetsønske kan udføres som standardkirurgi evt. med udeladelse af hysterektomi. Men der er ikke evidens for at dette forbedrer prognosen.

Patientværdier og –præferencer

Uterusbevarende og fertilitetsbevarende kirurgi ved serøse borderline tumorer er forbundet med en høj recidivrate. Derfor skal patienter i den fertile alder informeres grundigt om denne risiko forud for kirurgi, så de kan tage stilling til ønske om fertilitetsbevarende operation og bevaring af den endokrine funktion.

Rationale

Der er sket en stor udvikling gående mod en mere konservativ behandling ved FIGO stadie I Bordeline tumorer i ovariet. Dette afspejler sig bl.a. i de nyest opdaterede internationale guidelines. Baggrunden her for er et efterhånden stort antal cohorte studier systematisk reviews og metaanalyser som peger på at det er sikkert, at foretage fertilitets og endokrin bevarende kirurgi hos de fleste patienter med denne sygdom. Vi har derfor valgt at revidere denne guideline fundamentalt, således at den nu afspejler denne evidens. Vi har lagt særlig vægt på Store kohorte studier og metaanalyser, når dette har været tilgængeligt.

Retningslinjen er inspireret af ESGO/ESHRE/ESGE Guidelines for **ESGO/ESHRE/ESGE, samt CNGOF (51, 52) guideline of manegement of ovarian borderline tumors**

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Vi skønner ikke at opdatering af denne guideline vil medføre en merudgift

Det skønnes at guidelinen potentielt vil give en merudgift til opfølgning men at dette kan opvejes i en mindre udgift til kirurgi, da en mere konservativ tilgang til både primær kirurgi og staging kirurgi tilrådes.

Skønnes implementeringen af anbefaling 1-17 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☒ Ja ☐ Ved ikke ☐

Praktiske overvejelser

- Patienterne kan have et ønske om mere radikal kirurgi
- Man skal være opmærksom på at behandling afhænger af subtype samt, at patienterne skal informeres grundigt om en øget risiko for recidiv ved konservativ tilgang som dog ikke påvirker overlevelsen

5. Referencer

1. Scully RE. Classification of human ovarian tumors. Environ Health Perspect. 1987;73:15-25.
2. Trope CG, Kaern J, Davidson B. Borderline ovarian tumours. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2012;26(3):325-36.
3. Della Corte L, Mercorio A, Serafino P, Viciglione F, Palumbo M, De Angelis MC, et al. The challenging management of borderline ovarian tumors (BOTs) in women of childbearing age. Front Surg. 2022;9:973034.
4. Pereira A P-MT, Magrina JF, Magtibay PM, Rodríguez-Tapia A, Peregrin I, et al. International Federation of gynecology and obstetrics staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum: estimation of survival in patients with node-positive epithelial ovarian cancer. 2015;25:49–54. .
5. Hannibal CG, Huusom LD, Kjaerbye-Thygesen A, Tabor A, Kjaer SK. Trends in incidence of borderline ovarian tumors in Denmark 1978-2006. Acta Obstet Gynecol Scand. 2011;90(4):305-12.
6. Baandrup L, Faber MT, Aalborg GL, Kjaer SK. Borderline ovarian tumors in Denmark 1997-2018: Time trends in incidence by histology, age and educational level. Acta Obstet Gynecol Scand. 2021;100(3):436-43.
7. Dansk Gynækologisk Cancer Database - National Årsrapport 2021/2022. 2022.
8. Skírnisdóttir I, Garmo H, Wilander E, Holmberg L. Borderline ovarian tumors in Sweden 1960-2005: trends in incidence and age at diagnosis compared to ovarian cancer. Int J Cancer. 2008;123(8):1897-901.
9. du Bois A, Ewald-Riegler N, de Gregorio N, Reuss A, Mahner S, Fotopoulou C, et al. Borderline tumours of the ovary: A cohort study of the Arbeitsgmeinschaft Gynakologische Onkologie (AGO) Study Group. Eur J Cancer. 2013;49(8):1905-14.
10. Fischerova D, Zikan M, Dundr P, Cibula D. Diagnosis, treatment, and follow-up of borderline ovarian tumors. Oncologist. 2012;17(12):1515-33.
11. Morice P, Denschlag D, Rodolakis A, Reed N, Schneider A, Kesic V, et al. Recommendations of the Fertility Task Force of the European Society of Gynecologic Oncology about the conservative management of ovarian malignant tumors. Int J Gynecol Cancer. 2011;21(5):951-63.
12. Vasconcelos I, de Sousa Mendes M. Conservative surgery in ovarian borderline tumours: a meta-analysis with emphasis on recurrence risk. Eur J Cancer. 2015;51(5):620-31.
13. Morice P, Scambia G, Abu-Rustum NR, Acien M, Arena A, Brucker S, et al. Fertility-sparing treatment and follow-up in patients with cervical cancer, ovarian cancer, and borderline ovarian tumours: guidelines from ESGO, ESHRE, and ESGE. Lancet Oncol. 2024;25(11):e602-e10.
14. du Bois A, Ewald-Riegler N, de Gregorio N, Reuss A, Mahner S, Fotopoulou C, et al. Borderline tumours of the ovary: A cohort study of the Arbeitsgmeinschaft Gynakologische Onkologie (AGO) Study Group. Eur J Cancer. 2013;49(8):1905-14.
15. Trillsch F, Mahner S, Ruetzel J, Harter P, Ewald-Riegler N, Jaenicke F, et al. Clinical management of borderline ovarian tumors. Expert Rev Anticancer Ther. 2010;10(7):1115-24.
16. Karlsen NMS, Karlsen MA, Høgdall E, Nedergaard L, Christensen IJ, Høgdall C. Relapse and disease specific survival in 1143 Danish women diagnosed with borderline ovarian tumours (BOT). Gynecol Oncol. 2016;142(1):50-3.
17. Trillsch F, Mahner S, Vettorazzi E, Woelber L, Reuss A, Baumann K, et al. Surgical staging and prognosis in serous borderline ovarian tumours (BOT): a subanalysis of the AGO ROBOT study. Br J Cancer. 2015;112(4):660-6.
18. Zapardiel I, Rosenberg P, Peiretti M, Zanagnolo V, Sanguineti F, Aletti G, et al. The role of restaging borderline ovarian tumors: single institution experience and review of the literature. Gynecol Oncol. 2010;119(2):274-7.
19. Kurman RJ, Trimble CL. The behavior of serous tumors of low malignant potential: are they ever malignant? International journal of gynecological pathology : official journal of the International Society of Gynecological Pathologists. 1993;12 2:120-7.
20. Seong SJ, Kim DH, Kim MK, Song T. Controversies in borderline ovarian tumors. J Gynecol Oncol. 2015;26(4):343-9.

21. Scaglione G, Travaglino A, Raffone A, Santoro A, Arciuolo D, Fulgione C, et al. Micropapillary pattern in serous borderline ovarian tumor and the risk of extraovarian localization of low-grade serous carcinoma ('invasive implants'): A systematic review and meta-analysis. Pathology - Research and Practice. 2024;264:155714.
22. Hannibal CG, Vang R, Junge J, Frederiksen K, Kjaerbye-Thygesen A, Andersen KK, et al. A nationwide study of serous "borderline" ovarian tumors in Denmark 1978-2002: centralized pathology review and overall survival compared with the general population. Gynecol Oncol. 2014;134(2):267-73.
23. Sun H, Chen X, Zhu T, Liu N, Yu A, Wang S. Age-dependent difference in impact of fertility preserving surgery on disease-specific survival in women with stage I borderline ovarian tumors. J Ovarian Res. 2018;11(1):54.
24. Lian C, Chen X, Ni Y, Huang X, Lin Y. Pregnancy after fertility-sparing surgery for borderline ovarian tumors. Int J Gynaecol Obstet. 2016;134(3):282-5.
25. Jung HJ, Park JY, Kim DY, Suh DS, Kim JH, Kim YM, et al. Low value of staging in detecting extraovarian occult metastasis in mucinous borderline ovarian tumors. Int J Gynecol Cancer. 2020;30(11):1780-3.
26. Darai E, Fauvet R, Uzan C, Gouy S, Duvillard P, Morice P. Fertility and borderline ovarian tumor: a systematic review of conservative management, risk of recurrence and alternative options. Hum Reprod Update. 2013;19(2):151-66.
27. Reis RJ, Medeiros LR, Stein AT, Derchain S, de Pádua IC, Soares LOL, et al. Is infracolic omentectomy necessary for presumed early-stage Borderline Ovarian Tumors (BOTs)? A retrospective cohort study and meta-analysis. Clinics (Sao Paulo). 2025;80:100827.
28. Cosyns S, Sutter P, Tournaye H, Polyzos N. Necessity of appendectomy for mucinous borderline ovarian tumors. Systematic review. Archives of Gynecology and Obstetrics. 2016;294.
29. Menczer J, Chetrit A, Sadetzki S. The effect of hysterectomy on survival of patients with borderline ovarian tumors. Gynecol Oncol. 2012;125(2):372-5.
30. Matsuo K, Machida H, Takiuchi T, Grubbs BH, Roman LD, Sood AK, et al. Role of hysterectomy and lymphadenectomy in the management of early-stage borderline ovarian tumors. Gynecologic Oncology. 2017;144(3):496-502.
31. Raimondo D, Raffone A, Zakhari A, Maletta M, Vizzielli G, Restaino S, et al. The impact of hysterectomy on oncological outcomes in patients with borderline ovarian tumors: A systematic review and meta-analysis. Gynecol Oncol. 2022;165(1):184-91.
32. Tokunaga H, Shibuya Y, Yamagami W, Takahashi F, Yamamoto E, Yokoyama Y, et al. Trends in the management and prognosis of mucinous borderline ovarian tumors: analysis of 12,766 cases from the JSOG Gynecologic Tumor Registry (2004-2018). Int J Clin Oncol. 2026;31(5):785-93.
33. Candotti G, Bergamini A, Perrone M, Deiaco P, Mangili G, Pignata S, et al. Endometrioid borderline ovarian tumour: A multicentre analysis from the MITO-14 study. Eur J Surg Oncol. 2025;51(8):110030.
34. Seidman JD, Kurman RJ. Ovarian serous borderline tumors: a critical review of the literature with emphasis on prognostic indicators. Hum Pathol. 2000;31(5):539-57.
35. Fauvet R, Boccara J, Dufournet C, David-Montefiore E, Poncelet C, Darai E. Restaging surgery for women with borderline ovarian tumors: results of a French multicenter study. Cancer. 2004;100(6):1145-51.
36. Querleu D, Papageorgiou T, Lambaudie E, Sonoda Y, Narducci F, LeBlanc E. Laparoscopic restaging of borderline ovarian tumours: results of 30 cases initially presumed as stage IA borderline ovarian tumours. BJOG. 2003;110(2):201-4.
37. Trope CG, Kristensen G, Makar A. Surgery for borderline tumor of the ovary. Semin Surg Oncol. 2000;19(1):69-75.
38. Bendifallah S, Nikpayam M, Ballester M, Uzan C, Fauvet R, Morice P, et al. New Pointers for Surgical Staging of Borderline Ovarian Tumors. Ann Surg Oncol. 2016;23(2):443-9.
39. Kristensen GS, Schledermann D, Mogensen O, Jochumsen KM. The value of random biopsies, omentectomy, and hysterectomy in operations for borderline ovarian tumors. Int J Gynecol Cancer. 2014;24(5):874-9.
40. De Decker K, Speth S, Ter Brugge HG, Bart J, Massuger L, Kleppe M, et al. Staging procedures in patients with mucinous borderline tumors of the ovary do not reveal peritoneal or omental disease. Gynecol Oncol. 2017;144(2):285-9.

41. Gungorduk K, Asicioglu O, Braicu EI, Almuheimid J, Gokulu SG, Cetinkaya N, et al. The Impact of Surgical Staging on the Prognosis of Mucinous Borderline Tumors of the Ovaries: A Multicenter Study. Anticancer Res. 2017;37(10):5609-16.
42. Falcone F, Malzoni M, Carnelli M, Cormio G, De Iaco P, Di Donato V, et al. Fertility-sparing treatment for serous borderline ovarian tumors with extra-ovarian invasive implants: Analysis from the MITO14 study database. Gynecol Oncol. 2022;165(2):302-8.
43. Kasaven LS, Chawla M, Jones BP, Al-Memar M, Galazis N, Ahmed-Salim Y, et al. Fertility Sparing Surgery and Borderline Ovarian Tumours. Cancers (Basel). 2022;14(6).
44. Wang P, Fang L. Salpingo-oophorectomy versus cystectomy in patients with borderline ovarian tumors: a systemic review and meta-analysis on postoperative recurrence and fertility. World Journal of Surgical Oncology. 2021;19(1):132.
45. Palomba S, Falbo A, Del Negro S, Rocca M, Russo T, Cariati F, et al. Ultra-conservative fertility-sparing strategy for bilateral borderline ovarian tumours: an 11-year follow-up. Hum Reprod. 2010;25(8):1966-72.
46. Li N, Gou J, Li L, Ming X, Hu TW, Li Z. Staging procedures fail to benefit women with borderline ovarian tumours who want to preserve fertility: a retrospective analysis of 448 cases. BMC Cancer. 2020;20(1):769.
47. Yinon Y, Beiner ME, Gotlieb WH, Korach Y, Perri T, Ben-Baruch G. Clinical outcome of cystectomy compared with unilateral salpingo-oophorectomy as fertility-sparing treatment of borderline ovarian tumors. Fertil Steril. 2007;88(2):479-84.
48. Faluyi O, Mackean M, Gourley C, Bryant A, Dickinson HO. Interventions for the treatment of borderline ovarian tumours. Cochrane Database Syst Rev. 2010(9):CD007696.
49. Leary A, Petrella MC, Pautier P, Duvillard P, Uzan C, Tazi Y, et al. Adjuvant platinum-based chemotherapy for borderline serous ovarian tumors with invasive implants. Gynecol Oncol. 2014;132(1):23-7.
50. Goon KC, Sheeder J, Post MD, Alldredge J. The impact of adjuvant antihormonal therapy versus observation on recurrence of borderline ovarian tumors: A retrospective cohort study. Gynecol Oncol Rep. 2023;47:101180.
51. Huchon C, Bourdel N, Abdel Wahab C, Azaïs H, Bendifallah S, Bolze PA, et al. Borderline ovarian tumors: French guidelines from the CNGOF. Part 1. Epidemiology, biopathology, imaging and biomarkers. Journal of gynecology obstetrics and human reproduction. 2021;50(1):101965.
52. Bourdel N, Huchon C, Abdel Wahab C, Azaïs H, Bendifallah S, Bolze PA, et al. Borderline ovarian tumors: French guidelines from the CNGOF. Part 2. Surgical management, follow-up, hormone replacement therapy, fertility management and preservation. Journal of gynecology obstetrics and human reproduction. 2021;50(1):101966.

6. 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 Bordeline tumor, fertility sparing, preservation, reproductive outcome, surgery, pregnancy, follow up. Referencer er tilføjet ad hoc, når ny viden publiceres.

Litteraturgennemgang

Ovariecancerarbejdsgruppen har gennemgået litteraturen, vægtet publikationerne, syntetiseret resultaterne og vurderet evidensen i forhold til Oxford hierarkiet.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser

Anbefalingerne afspejler hvad der er gængs praksis i Danmark og vil ikke udløse en betydelig merudgift.

Formulering af anbefalinger

Anbefalingerne er formuleret på baggrund af en diskussion i gruppen, og herefter skrevet af enkelte personer 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.

Afvikling af unødvendige behandlinger og procedurer

Hysterektomi anbefales ikke længere, medmindre uterus er med atypisk hyperplasi eller tumorvæv.

Appendektomi anbefales ikke længere ved mucinøs Borderline, hvor appendix er makroskopisk normalt udseende.

Interessentinvolvering

Patientorganisationer har ikke været inddraget i denne retningslinje.

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

19. maj 2026.

Behov for yderligere forskning

Borderline tumorer er sjældne tumorer. Guidelinen er baseret på observationelle kohortestudier og systematisk review og metaanalyse af disse. Der er kun mindre 1 RCT. Der er behov for store multicenter studier, som kan identificere, hvilke patienter der er i høj risiko for recidiv og malign transformation. Ikke mindst set i lyset af, at 1/3 diagnosticeres hos kvinder i den fertile alder og behandling kan medføre nedsat fertilitet og barnløshed, gentagne operationer og i værste fald malign transformation med risiko for død.

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. Overlæge, ph.d. 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 ovenstående forfattere vurderes at vær inhabile i forhold til anbefalingerne i denne retningslinje.

Plan for opdatering

Retningslinjen opdateres i DGCG regi. Metodesparring fra Retningslinjefunktionen ved behov.

Version af retningslinjeskabelon

Retningslinjen er udarbejdet i version 1.0 af SundK retningslinjeskabelonen.

7. Monitorering

Der indsamles data om incidens i DGCD. Disse publiceres i den årlige årsrapport. Der er ingen prospektiv registrering af data på borderline tumorer.

8. Implementering

Ej anført

9. Bilag

Denne guideline har ingen bilag.

10. Om denne kliniske retningslinje

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet med afsæt i aftale om, at Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut skal understøtte udarbejdelsen af landsdækkende kliniske retningslinjer i en række faglige miljøer, som en del af en styrket indsats for kliniske retningslinjer i Danmark. Formålet med indsatsen er at sikre en evidensbaseret tilgang til behandling på tværs af sundhedsvæsenet, for derigennem at understøtte at patienter og borgere modtager behandling af høj og ensartet kvalitet. Retningslinjen er udformet af og til sundhedsprofessionelle miljøer og godkendt af relevante faglige selskaber. Den administrative godkendelse er foretaget af Retningslinjefunktionen under Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.

Retningslinjen er tiltænkt klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og indeholder systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter i konkrete kliniske situationer.

De kliniske retningslinjer fungerer som faglig rådgivning, og er ikke i sig selv juridisk bindende. I den konkrete situation er det sundhedspersonalets faglige skøn, der afgør den bedste tilgang for den enkelte patient. Selv ved nøje overholdelse af anbefalingerne kan et succesfuldt behandlingsresultat ikke garanteres. I nogle tilfælde kan det være hensigtsmæssigt at vælge en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke, hvis den vurderes at passe bedre til patientens individuelle behov. Selvom de kliniske retningslinjer ikke er juridisk bindende, anvendes de f.eks. ved tilsyn samt klage- og erstatningssager til vurdering af 'omhu og samvittighedsfuldhed'. Det er derfor hensigtsmæssigt at dokumentere evt. afvigelser fra retningslinjeanbefalingerne i patientjournalen samt relevant begrundelse for behandlingsvalg jf. reglerne om journalføring. Læseren bør også være opmærksom på lovgivning, bekendtgørelser, myndighedsvejledninger o.l. på området, da de ikke altid indgår i retningslinjerne.

Retningslinjeskabelonen er udviklet i overensstemmelse med internationale kvalitetsstandarder som fastlagt af AGREE II, GRADE og RIGHT.

Denne retningslinje er udarbejdet med støtte fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, der finansieres af Danske Regioner.