Cervixcancer

Opfølgning og billeddiagnostik efter endt primærbehandling

Version 1.0

GODKENDT
Faglig godkendelse
20. december 2019 (DMCG)
Administrativ godkendelse
8. januar 2020 (Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

REVISION
Planlagt: 20. december 2022

INDEKSERING
Livmoderhalskræft, opfølgning, operation, strålebehandling, DGCG.

Indholdsfortegnelse

1. Anbefalinger (Quick guide) 2
Opfølgning efter primærbehandling - generelt 2
Billeddiagnostik under opfølgning 5
2. Introduktion 6
3. Grundlag 8
Opfølgning efter primærbehandling - generelt 8
Billeddiagnostik under opfølgning 11
4. Referencer 13
5. Metode 14
6. Monitorering 15
7. Bilag 16
8. Om denne kliniske retningslinje 17

1. Anbefalinger (Quick guide)

Opfølgning efter primærbehandling - generelt

1. **Det påhviler behandlende afdeling at informere kvinden om muligheder for støttetilbud og vurdering af fysiske genoptrænings- og psykosociale rehabiliterings behov i kommunalt/regionalt regi. (C)**

2. **Der skal systematisk tilbydes behovsvurdering. Behovsvurderinger for kvinder med gynækologisk kræft skal ske i hospitalsregi initialt ved diagnosetidspunktet, ved overgangen fra aktiv behandling til opfølgning, efter behandling af et eventuelt recidiv samt ved væsentlige ændringer i kvindens samlede situation. (C)**

3. **Kvinden skal informeres mundtligt (evt. skriftligt), hvilke symptomer hun skal reagere på, og oplyses om hvornår og hvem hun skal kontakte ved tilkomst af ny eller forværring af eksisterende symptomer, hvilke hyppige senfølger hun kan få, og hvilke anbefalinger man giver til livsstil. (C)**

4. **Opfølgning efter primær behandling for cervixcancer anbefales udført iht en kombination af FIGO stadium og behandling som skitseret ovenfor i grupperne A, B, C, D og E. (C)**

Opfølgning Gruppe A1

5. **Efter konisation kan denne gruppe kvinder følges ligesom kvinder, der har fået foretaget konisation pga. CIN (cervikal intraepithelial neoplasi). Der anbefales gynækologisk undersøgelse med cytologi og HPV test efter 6 måneder. Hvis denne er negativ kan kvinden overgå til screeningsprogram hos egen læge. (C)**

6. **Der skal udleveres skriftlig information om alarmsymptomer (symptomer som kvinden skal reagere på). (C)**

7. **Efter hysterektomi kan kvinderne afsluttes i forbindelse med udskrivelse. (C)**

8. **Kvinden skal tilbydes behovsvurdering ved diagnosetidspunkt. (C)**

Gruppe A2

9. **Efter konisation eller collumamputation skal der foretages gynækologisk undersøgelse med cytologi og HPV test hver 6. måned i 2 år, herefter kan kvinden overgå til almindeligt screeningsprogram. (D)**

10. **Efter hysterektomi skal kvinderne følges i 2 år med gynækologisk undersøgelse og UL hver 6. måned og kan herefter afsluttes. (D)**

11. **Efter hysterektomi skal der *ikke* tages cytologisk prøve fra vaginaltoppen undtagen, hvis der ved histologisk undersøgelse af operationspræparatet findes CIN/AIS i den vaginale resektionsrand. (D)**

12. **Kvinden skal tilbydes behovsvurdering ved diagnosetidspunkt. (C)**

Opfølgning Gruppe B

13. **Kvinder, der er færdigbehandlet, skal ses til opfølgning i gynækologisk ambulatorium efter 3-4 måneder. (C)**

14. **Der skal laves individuel opfølgningsplan. Denne bør normalt ikke overskride samlet 3 år. (C)**

15. **Kvinderne skal tilbydes et åbent forløb i samlet 3 år, i hvilket tidsrum hun kan henvende sig til den opfølgende afdeling og tilses inden for rimelig tidsgrænse. Der gives såvel skriftlig som mundtlig information om hvilke symptomer som kvinden skal reagere på. (C)**

16. **Alternativt kan der tilbydes fremmøde hver 3-4. måned i op til 2 år, herefter hver 6. måned i op til 3 år. (C)**

17. **Kvinder, der har fået foretaget lymfeknudefjernelse skal vurderes særlig med hensyn til udvikling af lymfødem og symptomgivende lymfocele. Disse skal henvises til fysioterapi mhp. behandling af lymfødem (C)**

18. **Kvinden skal tilbydes behovsvurdering ved diagnosetidspunkt. (C)**

Patientgrupper C og D

19. **Første lægelige opfølgning skal foretages senest 3 måneder efter afsluttet onkologisk behandling. Ved denne lejlighed foretages senest behovsvurdering. (C)**

20. **Forud for lægelig opfølgning kan der forekomme opfølgning som kan varetages af andet personale (sygeplejerske eller sexologisk rådgiver). Ved denne lejlighed kan der foretages behovsvurdering. (C)**

21. **Kvinderne skal tilbydes 5 års opfølgning med regelmæssige fremmøder. (C)**

22. **Fravælger kvinden fremmøde, skal der være mulighed for et åbent forløb i samlet 5 år, i hvilket tidsrum kvinderne kan henvende sig til den opfølgende afdeling og tilses inden for rimelig tidsgrænse. Der gives såvel skriftlig som mundtlig information om, hvilke symptomer kvinden skal reagere på. (C)**

23. **Evaluerende billeddiagnostik anbefales 3 måneder efter afsluttet primær strålebehandling som kvalitetskontrol af behandlingen og til identifikation af patienter med sygdom udenfor strålefeltet Efterfølgende anbefales det kun at udføre PET-CT skanning på klinisk mistanke om recidiv. (B)**

24. **Kvinder, der har fået foretaget lymfeknudefjernelse, skal vurderes særlig med hensyn til udvikling af lymfødem og symptomgivende lymfocele. Disse henvises til fysioterapi mhp. behandling af lymfødem. (C)**

25. **Der skal udføres gynækologisk undersøgelse, for at diagnosticere evt. lokalrecidiv og med henblik på at afklare vaginal toxicitet af strålebehandlingen. (C)**

26. **Præmenopausale kvinder bør tilbydes hormonsubstitution. Såfremt der er foretaget hysterektomi anbefales kontinuerlig østrogen. Efter primær strålebehandling anbefales kontinuerlig kombinations-behandling. (C)**

27. **Kvinder, der har fået brachyterapi, skal have vejledning om brug af vaginal obturator. (C)**

Patientgruppe E

28. **Kvinder, der har fået onkologisk behandling bør følges i onkologisk regi. (C)**

29. **Der skal udarbejdes en individuel opfølgningsplan og behovsvurdering. (C)**

30. **Fravælger kvinden fremmøde, skal der være mulighed for et åbent forløb i samlet 5 år, i hvilket tidsrum kvinderne kan henvende sig til den op følgende afdeling og tilses inden for rimelig tidsgrænse. Der gives såvel skriftlig som mundtlig information om hvilke symptomer som kvinden skal reagere på. (C)**

Symptomer som patienterne skal reagere på

31. Kvinderne skal informeres om de mest almindelige følgevirkninger efter deres behandling og informeres om de symptomer (se tabel 1), de skal reagere på, i forhold til senfølger, der kræver en indsats og i forhold til evt. recidiv. Kvinderne skal også informeres om muligheden for de støttetilbud, der findes i regi af Kommune og fx Kræftens Bekæmpelse.

Billeddiagnostik under opfølgning

32. Der skal ikke rutinemæssigt foretages billeddiagnostiske undersøgelser i opfølgningsforløbet efter behandling af cervixcancer. (A)

33. Ved abnorme fund ved den kliniske undersøgelse eller symptomer skal der suppleres med billeddiagnostik. (C)

2. Introduktion

I Danmark diagnosticeres der knap 400 nye tilfælde af livmoderhalskræft om året. Udredning, behandling samt opfølgning er centraliseret på Rigshospitalet, Odense Universitetshospital og Aarhus Universitetshospital. Diagnostik og stadieinddeling fortages i henhold til FIGO-klassifikationen (1) som er baseret på gynækologisk undersøgelse med biopsi samt billeddiagnostik (PETCT-skanning og evt. MR-skanning af abdomen og pelvis). Baseret på FIGO-stadie tilbydes kvinder i lavt stadie operation (FIGO-stadie ≤IB2/IIA1) såfremt de er operable. Kvinder med lokal avanceret sygdom (FIGO-stadie ≥IB3/IIA2) tilbydes primær strålebehandling. Derudover tilbydes strålebehandling til de kvinder der efter operation har fået påvist lymfeknude metastaser eller har tumor relaterede risikofaktorer.
Kvinder med dissemineret kræftsygdom tilbydes palliativ behandling.
Opfølgning efter kræftbehandlingen varetages som hovedregel af den behandlende afdeling der enten kan være gynækologisk eller onkologisk afdeling.

Formål

Det overordnede formål med retningslinjen er at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark.
Formålet med opfølgning efter behandling af cervixcancer er tidlig opdagelse af recidiv, for derved at øge overlevelsen hos disse kvinder. Derudover bidrager opfølgning med at afdække og afhjælpe senfølger og komplikationer til behandlingen samt at øge livskvaliteten hos kvinderne. Endelig benyttes opfølgning også som kontrol med igangværende behandling og forskning.

Patientgruppe

Kvinderne inddeles på baggrund af FIGO-stadie og behandling i grupperne A, B, C, D og E. Opfølgningen afhænger af hvilken gruppe kvinden placeres i.

Gruppe A:
A1. Kvinder med FIGO-stadium IA1, der behandles med konisation eller simpel hysterektomi.
A2. Kvinder med FIGO stadium IA1-IA2 der behandles med konisation, collumamputation eller simpel hysterektomi og sentinel node mapping og *ikke* har behov for postoperativ onkologisk behandling.

Gruppe B:
Kvinder med stadium IA-IIA1, som behandles med radikal hysterektomi eller radikal trachelektomi *og* sentinel node mapping og/eller pelvin lymfadenektomi og *ikke* har behov for postoperativ onkologisk behandling.

Gruppe C:
C1. Kvinder med stadium IA-IIA1/IIIC, som er primært operable, får foretaget radikal hysterektomi og pelvin lymfadenektomi og efterfølgende postoperativ onkologisk behandling
C2. Kvinder med stadium IB-IIB, som er primært behandlet med onkologisk behandling med kemo-strålebehandling og brachyterapi.

Gruppe D:
Kvinder med stadium III-IVA sygdom behandlet med primær onkologisk behandling med kemostrålebehandling og brachyterapi.

Gruppe E:
Kvinder med primært dissemineret sygdom eller dissemineret tilbagefald efter primær behandling.

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.

3. Grundlag

Opfølgning efter primærbehandling - generelt

1. **Det påhviler behandlende afdeling at informere kvinden om muligheder for støttetilbud og vurdering af fysiske genoptrænings- og psykosociale rehabiliterings behov i kommunalt/regionalt regi. (C)**

2. **Der skal systematisk tilbydes behovsvurdering. Behovsvurderinger for kvinder med gynækologisk kræft skal ske i hospitalsregi initialt ved diagnosetidspunktet, ved overgangen fra aktiv behandling til opfølgning, efter behandling af et eventuelt recidiv samt ved væsentlige ændringer i kvindens samlede situation. (C)**

3. **Kvinden skal informeres mundtligt (evt. skriftligt), hvilke symptomer hun skal reagere på, og oplyses om hvornår og hvem hun skal kontakte ved tilkomst af ny eller forværring af eksisterende symptomer, hvilke hyppige senfølger hun kan få, og hvilke anbefalinger man giver til livsstil. (C)**

4. **Opfølgning efter primær behandling for cervixcancer anbefales udført iht en kombination af FIGO stadium og behandling som skitseret ovenfor i grupperne A, B, C, D og E. (C)**

Opfølgning Gruppe A1

5. **Efter konisation kan denne gruppe kvinder følges ligesom kvinder, der har fået foretaget konisation pga. CIN (cervikal intraepithelial neoplasi). Der anbefales gynækologisk undersøgelse med cytologi og HPV test efter 6 måneder. Hvis denne er negativ kan kvinden overgå til screeningsprogram hos egen læge. (C)**

6. **Der skal udleveres skriftlig information om alarmsymptomer (symptomer som kvinden skal reagere på). (C)**

7. **Efter hysterektomi kan kvinderne afsluttes i forbindelse med udskrivelse. (C)**

8. **Kvinden skal tilbydes behovsvurdering ved diagnosetidspunkt. (C)**

Gruppe A2

9. **Efter konisation eller collumamputation skal der foretages gynækologisk undersøgelse med cytologi og HPV test hver 6. måned i 2 år, herefter kan kvinden overgå til almindeligt screeningsprogram. (D)**

10. **Efter hysterektomi skal kvinderne følges i 2 år med gynækologisk undersøgelse og UL hver 6. måned og kan herefter afsluttes. (D)**

11. **Efter hysterektomi skal der *ikke* tages cytologisk prøve fra vaginaltoppen undtagen, hvis der ved histologisk undersøgelse af operationspræparatet findes CIN/AIS i den vaginale resektionsrand. (D)**

12. **Kvinden skal tilbydes behovsvurdering ved diagnosetidspunkt. (C)**

Opfølgning Gruppe B

13. **Kvinder, der er færdigbehandlet, skal ses til opfølgning i gynækologisk ambulatorium efter 3-4 måneder. (C)**

14. **Der skal laves individuel opfølgningsplan. Denne bør normalt ikke overskride samlet 3 år. (C)**

15. **Kvinderne skal tilbydes et åbent forløb i samlet 3 år, i hvilket tidsrum hun kan henvende sig til den opfølgende afdeling og tilses inden for rimelig tidsgrænse. Der gives såvel skriftlig som mundtlig information om hvilke symptomer som kvinden skal reagere på. (C)**

16. **Alternativt kan der tilbydes fremmøde hver 3-4. måned i op til 2 år, herefter hver 6. måned i op til 3 år. (C)**

17. **Kvinder, der har fået foretaget lymfeknudefjernelse skal vurderes særlig med hensyn til udvikling af lymfødem og symptomgivende lymfocele. Disse skal henvises til fysioterapi mhp. behandling af lymfødem (C)**

18. **Kvinden skal tilbydes behovsvurdering ved diagnosetidspunkt. (C)**

Patientgrupper C og D

19. **Første lægelige opfølgning skal foretages senest 3 måneder efter afsluttet onkologisk behandling. Ved denne lejlighed foretages senest behovsvurdering. (C)**

20. **Forud for lægelig opfølgning kan der forekomme opfølgning som kan varetages af andet personale (sygeplejerske eller sexologisk rådgiver). Ved denne lejlighed kan der foretages behovsvurdering. (C)**

21. **Kvinderne skal tilbydes 5 års opfølgning med regelmæssige fremmøder. (C)**

22. **Fravælger kvinden fremmøde, skal der være mulighed for et åbent forløb i samlet 5 år, i hvilket tidsrum kvinderne kan henvende sig til den opfølgende afdeling og tilses inden for rimelig tidsgrænse. Der gives såvel skriftlig som mundtlig information om, hvilke symptomer kvinden skal reagere på. (C)**

23. **Evaluerende billeddiagnostik anbefales 3 måneder efter afsluttet primær strålebehandling som kvalitetskontrol af behandlingen og til identifikation af patienter med sygdom udenfor strålefeltet Efterfølgende anbefales det kun at udføre PET-CT skanning på klinisk mistanke om recidiv. (B)**

24. **Kvinder, der har fået foretaget lymfeknudefjernelse, skal vurderes særlig med hensyn til udvikling af lymfødem og symptomgivende lymfocele. Disse henvises til fysioterapi mhp. behandling af lymfødem. (C)**

25. **Der skal udføres gynækologisk undersøgelse, for at diagnosticere evt. lokalrecidiv og med henblik på at afklare vaginal toxicitet af strålebehandlingen. (C)**

26. **Præmenopausale kvinder bør tilbydes hormonsubstitution. Såfremt der er foretaget hysterektomi anbefales kontinuerlig østrogen. Efter primær strålebehandling anbefales kontinuerlig kombinations-behandling. (C)**

27. **Kvinder, der har fået brachyterapi, skal have vejledning om brug af vaginal obturator. (C)**

Patientgruppe E

28. **Kvinder, der har fået onkologisk behandling bør følges i onkologisk regi. (C)**

29. **Der skal udarbejdes en individuel opfølgningsplan og behovsvurdering. (C)**

30. **Fravælger kvinden fremmøde, skal der være mulighed for et åbent forløb i samlet 5 år, i hvilket tidsrum kvinderne kan henvende sig til den op følgende afdeling og tilses inden for rimelig tidsgrænse. Der gives såvel skriftlig som mundtlig information om hvilke symptomer som kvinden skal reagere på. (C)**

Symptomer som patienterne skal reagere på

31. Kvinderne skal informeres om de mest almindelige følgevirkninger efter deres behandling og informeres om de symptomer (se tabel 1), de skal reagere på, i forhold til senfølger, der kræver en indsats og i forhold til evt. recidiv. Kvinderne skal også informeres om muligheden for de støttetilbud, der findes i regi af Kommune og fx Kræftens Bekæmpelse

Litteratur og evidensgennemgang

Som baggrund for anbefalingerne ligger ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up (2), DGCG retningslinje for Retningslinjer for visitation, diagnostik, behandling og kontrol af cervixcancer (3), samt den gængse praksis der anvendes i daglig klinik.

Tabel 1: Symptomer

Symptomer som kvinderne skal reagere på

- Blødning fra skeden eller blødning ved samleje
- Ændret udflåd fra skeden
- Murrende vedvarende smerter eller tyngdefornemmelse i nedre del af maven og over lænden
- Nyopstået hævelse af det ene eller begge ben
- Blod i afføring eller besvær med at tisse
- Urin – og/eller afføringsinkontinens
- Nyopstået vejrtrækningsbesvær og tør hoste
- Ikke har genoptaget vanligt seksualliv 6 måneder efter afsluttet behandling
- Modløshed og tristhed gennem flere uger
- Nyopstået og tiltagende træthed gennem de seneste 14 dage.

Billeddiagnostik under opfølgning

32. Der skal ikke rutinemæssigt foretages billeddiagnostiske undersøgelser i opfølgningsforløbet efter behandling af cervixcancer. (A)

33. Ved abnorme fund ved den kliniske undersøgelse eller symptomer skal der suppleres med billeddiagnostik. (C)

Litteratur og evidensgennemgang

Et enkelt studie har indikeret, at overvågning af asymptomatiske patienter med PET/CT kan identificere patienter med recidiv, der potentielt kan behandles med salvage terapi. Der foreligger ingen prospektive studier, der påviser værdien af rutine PET/CT eller anden form for billeddiagnostik ved follow-up. (4) (5). Grigsby et al påviste, at en positiv FDG PET skanning 3 måneder efter afsluttet behandling har en prognostisk

betydning (6). Dette bekræftes i større metaanalyser, men der foreligger dog ikke evidens for at stratificere kvinderne til et mere intensivt opfølgningsprogram ud fra PET resultatet (7).

Ved abnorme fund ved den kliniske undersøgelse eller symptomer må der efter lægeligt skøn suppleres med yderligere undersøgelser i form af gynækologisk undersøgelse i generel anæstesi, ultralyd, PET/CT-eller MR scanning. Fordelen ved PET/CT er muligheden for at vurdere forekomsten af fjernmetastaser, såfremt der påvises recidiv. Både lokalt recidiv og fjernmetastasering bør histologisk verificeres.

Patientværdier og – præferencer

Kvinder med gynækologisk cancer har generelt selv en holdning til opfølgningsprogrammet. Patienterne skal derfor naturligvis inddrages i planlægningen.

Rationale

Opfølgningsprogrammet er primært baseret på klinisk praksis og evidensen for programmet er overordnet lav. Anbefalingerne er baseret på et ønske om at stille recidivdiagnosen tidligt med det formål at kunne diagnosticere potentielt kurable patienter til salvage behandling men også mhp at afdække og afhjælpe senfølger til både operation og onkologisk behandling.

4. Referencer

(1) Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri. Int J Gynaecol Obstet 2018 Oct;143 Suppl 2:22-36.

(2) Marth C, Landoni F, Mahner S, McCormack M, Gonzalez-Martin A, Colombo N, et al. Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2017 Jul 1;28(suppl_4):iv72-iv83.

(3) Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe (DGCG). DGCG Retningslinjer for visitation, diagnostik, behandling og kontrol af cervixcancer. :www.DGCG.DK-http://www.dgcg.dk/index.php/guidelines/cervixcancer-guidelines.

(4) The Royal College of Physicians and The Royal College of Radiologists. Evidence-based indications for the use of PET-CT in the UK. 2013:London: RCP,RCR-http://www.nemcb.cz/upload/files/EBM_PET_indications.pdf.

(5) National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Cervical cancer. 2013;Version 2(2013;11:320-43).

(6) Grigsby PW, Siegel BA, Dehdashti F, Rader J, Zoberi I. Posttherapy [18F] fluorodeoxyglucose positron emission tomography in carcinoma of the cervix: response and outcome. J Clin Oncol 2004 Jun 1;22(11):2167-2171.

(7) Amit A, Person O, Keidar Z. FDG PET/CT in monitoring response to treatment in gynecological malignancies. Curr Opin Obstet Gynecol 2013 Feb;25(1):17-22.

5. Metode

Retningslinjerne er skrevet og revideret over de sidste 10-15 år. Der har været en række medlemmer af cervixcancergruppen som har bidraget til arbejdet, der har foregået ulønnet og på frivillig basis.

Litteratursøgning

De aktuelle danske cervixcancer retningslinjer baseret på ESTRO-ESGO-ESMO europæiske guidelines. Litteraturen er desuden gennemgået i PubMed og man har derudover brugt sundhedsstyrelsens kliniske vejledning om opfølgning efter gynækologisk cancer behandling.

Litteraturgennemgang

Der er meget begrænset evidens på dette område, men det der findes er gennemgået.
For nyligt er FIGO stadieindelingen af især tidlig cervixcancer ændret væsentligt internationalt og dette har afledt en revision af retningslinier for opfølgning. Imidlertid bygger disse ændringer primært på et emperisk grundlag idet der ikke er etableret ny litteratur der kan kvalificere opfølgningsprogrammet.
Cervixcancer gruppen består aktuelt af 4 gynækologer, 4 onkologer og 3 patologer som har diskuteret evidensen og kommet frem til en ekspertkonsensus.

Formulering af anbefalinger

Cervixcancergruppen repræsenterer alle de centre der behandler cervixcancer. Rekommandationerne er diskuteret på basis af evidensen og anbefalingerne udarbejdet ved ekspertkonsensus. Anbefalingerne er formuleret af medlemmerne af cervixcancer arbejdsgruppen.

Interessentinvolvering

Patientorganisationen "Kræft i Underlivet" (KIU) er blevet inddraget i udformningen af opfølgningsprogrammet gennem en arbejdsgruppen under Sundhedsstyrelsen.

Høring og godkendelse

Anbefalingerne har herefter været til høring i DGCGs bestyrelse og på DGCGs hjemmeside i en måned, hvorefter anbefalingerne revideres i forhold til indkomne forslag. Herefter er anbefalingerne endeligt vedtaget.

Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

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

Behov for yderligere forskning

Vi vil forsat opgøre recidiv og overlevelse efter behandling for cervixcancer i Danmark og retningslinjerne vil blive justeret herefter.

Forfattere

Dokumentet er forfattet af DGCGs cervixcancergruppe og der er ingen af forfatterne der har nogle interessekonflikter

Dansk Selskab for Klinisk Onkologi

- Lars Fokdal — Århus Universitetshospital
- Trine Jakobi Nøttrup — Rigshospitalet
- Gitte-Bettina Nyvang — Odense Universitetshospital
- Henrik Roed — Rigshospitalet

Dansk Selskab for klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin

- Annika Loft — Rigshospitalet

Dansk Radiologisk Selskab

- Jon Thor Asmussen — Odense Universitetshospital

Dansk Selskab for patologisk Anatomi og Cytologi

- Doris Schledermann — Odense Universitetshospital
- Anne Pernille Christiansen — Rigshospitalet
- Karsten Nielsen — Aarhus Universitetshospital

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

- Pernille Jensen — Århus Universitetshospital
- Ligita Frøding — Rigshospitalet
- Algirdas Markauskas — Odense Universitetshospital
- Charlotte Søgaard — Rigshospitalet

6. Monitorering

Den danske gynækologiske database (DGCD) følger overlevelsen og recidivfrekvensen kontinuerligt for de danske cervixcancerpatienter. Der er ikke nogle indikatorer på opfølgning.

7. Bilag

Bilag 1 – Søgestrategi

Ingen søgestrategi bliver præsenteret i denne version af retningslinjen.

8. Om denne kliniske retningslinje

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

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

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

Retningslinjen indeholder, udover de centrale anbefalinger (kapitel 1), en beskrivelse af grundlaget for anbefalingerne – herunder den tilgrundliggende evidens (kapitel 3+4). Anbefalinger mærket A er stærkest, Anbefalinger mærket D er svagest. Yderligere information om styrke- og evidensvurderingen, der er udarbejdet efter "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations", findes her: http://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer---skabeloner-og-vejledninger/oxford-levels-of-evidence-2009_dansk.pdf
Generelle oplysninger om bl.a. patientpopulationen (kapitel 2) og retningslinjens tilblivelse (kapitel 5) er også beskrevet i retningslinjen. Se indholdsfortegnelsen for sidehenvisning til de ønskede kapitler.

For information om Sundhedsstyrelsens kræftpakker – beskrivelse af hele standardpatientforløbet med angivelse af krav til tidspunkter og indhold – se for det relevante sygdomsområde: https://www.sst.dk

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