Opfølgning efter kurativ intenderet behandling for esophagus-/ventrikelcancer

Version 2.0

GODKENDT
Faglig godkendelse
31. marts 2025 (DECG)
Administrativ godkendelse
4. april 2025(Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

REVISION
Planlagt: 1. januar 2028

INDEKSERING
DECG, Esophaguscancer, ventrikelcancer, follow-up

Nyt siden sidst (ændringslog)

Nyt siden version 1.0

Retningslinjeafsnit	Beskrivelse af ændring
Patientgruppe	Opfølgning af endoskopisk behandling
Anbefalinger	Opfølgning bør være kontrol gastroskopi efter 3 og 6 måneder. Hvis der ikke findes dysplasi eller cancer, skal kontrol udføres efter hhv. 1, 2, 3, 4, 5, 7 og 10 år. Endoskopisk ultralydsskanning kan foretages ved samtidige endoskopiske kontroller. CT af thorax/abdomen kan foretages årligt i forbindelse med endoskopiske kontroller).
Litteratur- og evidensgennemgang	Weusten BLAM, Bisschops R, Dinis-Reiro M, et al. Diagnosis and management of Barrett esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy 2023;55:1124–46. Wang AY, Hwang JH, Bhatt A, et al AGA Clinical Practice Update on Surveillance After Pathologically Curative Endoscopic Submucosal Dissection of Early Gastrointestinal Neoplasia in the United States: Commentary. Gastroenterology. 2021;161:2030-40. Shaheen N, Falk GW, Iyer PG, et al. Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus: An Updated ACG Guideline. Am J Gastroenterol 2022;117:559–87
Forfattere	Ekstra nye forfattere i forhold til version 1.0 Mette Siemsen Michael Patrick Achiam

Indholdsfortegnelse

1. Anbefalinger (Quick guide) 4
Opfølgning efter operation med eventuel perioperativ onkologisk behandling 4
Opfølgning efter definitiv kemo-/stråleterapi 4
Opfølgning efter endoskopisk behandling 4
2. Introduktion 5
3. Grundlag 6
Opfølgning efter operation med eventuel perioperativ onkologisk behandling 6
Opfølgning efter definitiv kemo-/stråleterapi 7
Opfølgning efter endoskopisk behandling 8
4. Referencer 10
5. Metode 11
6. Monitorering 13
7. Bilag 14
8. Om denne kliniske retningslinje 15

1. Anbefalinger (Quick guide)

Opfølgning efter operation med eventuel perioperativ onkologisk behandling

1. **Patienter, der er opereret med kurativt intenderet sigte, kan tilbydes årlig CT-skanning af thorax og abdomen i 3 år, såfremt de er kandidater til fornyet behandling (D)**

2. **Patienter kan følges på højtspecialiseret afdeling i 3 år efter afsluttet behandling (D)**

Opfølgning efter definitiv kemo-/stråleterapi

3. **Patienter med komplet respons efter definitiv kemo-/stråleterapi for planocellulær esophaguscancer bør følges med endoskopi incl. biopsi i fald patienten er kandidat til *salvage* kirurgi. CT-skanning bør som efter operativ behandling udføres årligt (B)**

4. **Patienter kan, som de patienter der er opereret, følges i 3 år (D)**

Opfølgning efter endoskopisk behandling

5. **Patienter, der har modtaget endoskopisk terapi med kurativt sigte, kan følges med kontroller på behandlende afdeling (D)**

6. **Opfølgning kan være kontrol gastroskopi efter 3 og 6 måneder. Hvis der ikke findes dysplasi eller cancer, kan kontrol udføres efter hhv. 1, 2, 3, 4, 5, 7 og 10 år (D)**

7. **Endoskopisk ultralydsskanning kan foretages ved samtidige endoskopiske kontroller (D)**

8. **CT af thorax/abdomen kan foretages årligt i forbindelse med endoskopiske kontroller (D)**

2. Introduktion

Esophagus- og ventrikelcancer er i Danmark relativt sjældent kræftsygdomme. Der diagnosticeres årligt ca. 1100 nye tilfælde. Af disse tilbydes ca. 300 patienter kurativt intenderet behandling i form af operation inklusiv perioperativ onkologisk behandling (kemo-og/eller stråleterapi). Herudover er der en lille gruppe, der tilbydes kurativt intenderet behandling i form af enten endoskopisk terapi (overfladiske tumorer) eller definitiv kemoradioterapi (planocellulær esophaguscancer). Medianalder for en ny-diagnosticeret patient er 70 år, idet ca. 75% af patienter med esophagus-/ventrikelcancer er mænd (1).

Formål

Det overordnede formål med retningslinjen er at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark.

Patientgruppe

Denne guideline omfatter opfølgning af patienter, som har modtaget kurativt intenderet behandling enten i form af operation (resektion) inklusiv eventuel perioperativ onkologisk behandling, endoskopisk terapi eller definitiv kemo-/radioterapi for esophagus- og ventrikelcancer.

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 operation med eventuel perioperativ onkologisk behandling

1. **Patienter, der er opereret med kurativt intenderet sigte, kan tilbydes årlig CT-skanning af thorax og abdomen i 3 år, såfremt de er kandidater til fornyet behandling (D)**

2. **Patienter kan følges på højtspecialiseret afdeling i 3 år efter afsluttet behandling (D)**

Litteratur og evidensgennemgang

Ad anbefaling 1 og 2

Der findes relativt få studier, der omhandler den eventuelle overlevelsesmæssige gevinst ved systematisk follow-up med billeddiagnostiske undersøgelser efter kurativt intenderet operation for esophagus-/ventrikelcancer. Samtidigt findes der ingen studier, der sammenligner forskellige billeddiagnostiske undersøgelser for eksempel CT-skanning versus PET/CT-skanning i denne patientpopulation.

I et stort internationalt, ikke-randomiseret multicenter studie kunne der ikke påvises nogen forskel i den samlede overlevelse blandt de patienter, der fik foretaget opfølgning i form af en årlig CT-skanning af thorax og abdomen i forhold til de patienter, der blev fulgt med klinisk follow-up (2) [1b]. Et lignende resultat blev fundet i tysk studie fra en enkelt institution, hvor systematisk follow-up med CT og ultralyd blev sammenholdt med klinisk follow-up i en ikke-randomiseret undersøgelse (3) [1b]. Det eneste randomiserede forsøg, der sammenligner forskellige metoder for follow-up synes at være en dansk undersøgelse (4) [1b]. Her blev follow-up med endoskopisk ultralyd og PET/CT-skanning hver tredje måned i første år efter behandling og herefter hver halve år i det andet år sammenlignet med klinisk follow-up til samme tidspunkter med igen ingen forskel i samlet overlevelse mellem de to grupper. Ovenstående undersøgelserne viser dog, at flere patienter tilbydes fornyet behandling (både palliativt og kurativt intenderet) i den gruppe, der tilbydes follow-up med billeddiagnostiske undersøgelser, samt at der blandt de patienter, der tilbydes re-resektion, vil være højere overlevelse, hvis patienten er identificeret ved en rutine follow-up skanning. Når disse forhold ikke gør, at den samlede overlevelse forbedres ved systematisk billeddiagnostisk follow-up, er det sandsynligvis, fordi hovedparten af patienterne, der får recidiv, har dissemineret sygdom. Således fandt man i et hollandsk registerstudie, at blandt 858 patienter med recidiv af esophagus-/ventrikelcancer kunne blot 106 tilbydes forsøg på kurativ re-behandling (5) [2c], og i alt 16 patienter var i live tre år efter, der var konstateret recidiv. Hvis patienter skal tilbydes opfølgning, er det usikkert, over hvor lang tid dette skal ske. I den tyske undersøgelse blev over 90% af recidiver konstateret indenfor tre år efter primærbehandling (3). I den hollandske undersøgelse var mediantiden til fund af recidiv 13 måneder (5), og tal fra den danske DEGC-database viser, at kurven for overlevelse "flader ud" 3 år efter operation (1).

De seneste publicerede europæiske guidelines om behandling af esophagus-og ventrikelcancer indeholder ingen anbefalinger om systematisk follow-up med billeddiagnostik efter kurativ operation ud fra betragtninger om at den generelle overlevelse ikke påvirkes (6, 7) [2a], hvorimod det amerikanske National Comprehensive Cancer Network i deres seneste guidelines anbefaler opfølgning i form af CT-skanning hver 3.-6.måned i de

første to år efter operation og herefter årligt indtil fem år efter indgreb, men det er dog anført, at evidensen bag anbefalingen er meget sparsom (8).

Patientværdier og – præferencer

Patienter, der gennemgået operation for esophagus-/ventrikelcancer, kan have stort ønske om opfølgning i forventning om fornyet behandlingstilbud i tilfælde af recidiv.

Rationale

Der synes at være en lille patientgruppe, der vil have overlevelsesmæssig gevinst, hvis de identificeres ved systematisk billeddiagnostisk follow-up, men da hovedparten af patienter, der får recidiv, vil have dissemineret sygdom, kan det være svært at påvise en samlet overlevelsesmæssig gevinst. De fleste patienter med recidiv identificeres inden for tre år efter afsluttet behandling, hvorfor det synes rationelt at afslutte opfølgning her. Mange patienter har følgevirkninger efter deres operation i form af f.eks. spiseproblemer, træthed og dumping syndrom. Håndtering af disse problemer bør foregå af relevant fagpersonale (læge, sygeplejerske, klinisk diætist, fysioterapeut) på de afdelinger, der har opereret patienten, hvorfor opfølgning bør foregå på de højtspecialiserede centre.

Bemærkninger og overvejelser

Ingen særlige bemærkninger.

Opfølgning efter definitiv kemo-/stråleterapi

3. **Patienter med komplet respons efter definitiv kemo-/stråleterapi for planocellulær esophaguscancer bør følges med endoskopi incl. biopsi i fald patienten er kandidat til *salvage* kirurgi. CT-skanning bør som efter operativ behandling udføres årligt (B)**

4. **Patienter kan, som de patienter der er opereret, følges i 3 år (D)**

Litteratur og evidensgennemgang

Ad anbefaling 3 og 4

De europæiske guidelines anbefaler opfølgning hver 3. måned i form af endoskopi (inklusive biopsi) samt CT-skanning, hvis en patient har modtaget definitiv kemo-stråleterapi for planocellulær esophaguscancer (7) [1b]
Denne anbefaling er begrundet i, at der er øget risiko for lokalrecidiv, hvis en patient har modtaget definitiv kemo-/radioterapi sammenlignet med kemo-/radioterapi efterfulgt af operation, samt at patienter kan tilbydes operation (salvage kirurgi) med samme komplikationsrisiko efter definitiv kemo-/stråleterapi som efter præoperativ kemo-/stråleterapi, idet der ikke synes evidens for at benytte højere stråledosis ved definitiv kemo-stråleterapi end den dosis, der anvendes ved præoperativ behandling (9).
Studier tyder på, at endoskopisk resektion er en mulighed ved lokalrecidiv efter definitiv kemo-/stråleterapi (10), men der er dog ingen randomiserede undersøgelser, der sammenligner salvage operation med salvage endoskopisk resektion.

Der er ikke anført forslag til, hvor længe patienter, der har modtaget definitiv kemo-/stråleterapi, skal følges, men jævnfør betragtningerne om follow-up efter resektion bør patienterne følges over samme tidsforløb.

Patientværdier og – præferencer

Patienter, der gennemgået kurativ intenderet kemo-/stråleterapi for planocellulær esophaguscancer, kan have stort ønske om opfølgning i forventning om fornyet behandlingstilbud i tilfælde af recidiv.

Rationale

Patienter, der har modtaget definitiv kemo-/stråleterapi bør tilbydes samme længde af opfølgning som hos de patienter, der er blevet opereret.

Bemærkninger og overvejelser

Selvom behandlingen med definitiv kemo-/stråleterapi er foregået på onkologisk afdeling, kan der være logistiske fordele i at efterkontrol overgår til kirurgisk eller thoraxkirurgisk afdeling på grund af behovet for endoskopi i efterforløbet.

Opfølgning efter endoskopisk behandling

5. **Patienter, der har modtaget endoskopisk terapi med kurativt sigte, kan følges med kontroller på behandlende afdeling (D)**

6. **Opfølgning kan være kontrol gastroskopi efter 3 og 6 måneder. Hvis der ikke findes dysplasi eller cancer, kan kontrol udføres efter hhv. 1, 2, 3, 4, 5, 7 og 10 år (D)**

7. **Endoskopisk ultralydsskanning kan foretages ved samtidige endoskopiske kontroller (D)**

8. **CT af thorax/abdomen kan foretages årligt i forbindelse med endoskopiske kontroller (D)**

Litteratur og evidensgennemgang

Ad anbefaling 5 - 8

I nyeste europæiske og amerikanske guidelines anbefales endoskopisk opfølgning af patienter, der har modtaget endoskopisk resektion med kurativt sigte (11-13). Dette er med henblik på eventuel endoskopisk re-resektion eller operation. Der foreslås endoskopiske kontroller hver 3. eller 6.måned, idet der ikke er evidens for at foretage random biopsi i det resecerede område. Endoskopiske kontroller bør udføres på primært behandlende afdeling.

Der er ikke evidens for systematisk follow-up med billeddiagnostiske undersøgelser hos patienter, der har gennemgået endoskopisk resektion, men da der selv for helt overfladiske planocellulære karcinomer (T1a) er vist lymfeknude metastasering i 0% to 26.7% with T1a–m3 er endoskopisk ultralydsskanning og CT-skanning nævnt som en mulighed for at følge patienterne.

Patientværdier og – præferencer

Patienter, der gennemgået endoskopisk resektion for esophagus-/ventrikelcancer, kan have stort ønske om opfølgning i forventning om fornyet behandlingstilbud i tilfælde af recidiv.

Rationale

Ovenstående anbefalinger tager afsæt i den eksisterende litteratur siden sidste revision af retningslinjerne i 2022. Endoskopisk resektion udføres på overfladiske cancere, og antallet af disse i Danmark er meget lavt. Endoskopisk resektion bør kun udføres på få centre (1-2 i Danmark) for at opnå opretholde ekspertise med denne behandlingsmodalitet. Efterkontroller bør ligeledes forgå på de samme afdelinger og er afstemt med de endoskopiske kontrol intervaller for Barretts esophagus med high grade dysplasi (se DEGC retningslinje). Dette for at sikre et ensartet opfølgningsforløb.

Bemærkninger og overvejelser

Se under rationale.

4. Referencer

1. RKKP Videncenter, Styregruppe for DEGC. DEGC: Dansk EsophagoGastrisk Cancer Database: Årsrapport 2022. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram; 2023.
2. Elliott JA, Markar SR, Klevebro F, Johar A, Goense L, Lagergren P, et al. An International Multicenter Study Exploring Whether Surveillance After Esophageal Cancer Surgery Impacts Oncological and Quality of Life Outcomes (ENSURE). Ann Surg. 2023;277(5):e1035-e44.
3. Sisic L, Strowitzki MJ, Blank S, Nienhueser H, Dorr S, Haag GM, et al. Postoperative follow-up programs improve survival in curatively resected gastric and junctional cancer patients: a propensity score matched analysis. Gastric Cancer. 2018;21(3):552-68.
4. Bjerring OS, Fristrup CW, Pfeiffer P, Lundell L, Mortensen MB. Phase II randomized clinical trial of endosonography and PET/CT versus clinical assessment only for follow-up after surgery for upper gastrointestinal cancer (EUFURO study). Br J Surg. 2019;106(13):1761-8.
5. Pape M, Vissers PAJ, Bertwistle D, McDonald L, Beerepoot LV, van Berge Henegouwen MI, et al. Population-based study of treatment and outcome of recurrent oesophageal or junctional cancer. Br J Surg. 2022;109(12):1264-73.
6. Lordick F, Carneiro F, Cascinu S, Fleitas T, Haustermans K, Piessen G, et al. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2022;33(10):1005-20.
7. Obermannová R, Alsina M, Cervantes A, Leong T, Lordick F, Nilsson M, et al. Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2022;33(10):992-1004.
8. Ajani JA, D'Amico TA, Bentrem DJ, Cooke D, Corvera C, Das P, et al. Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers, Version 2.2023, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN. 2023;21(4):393-422.
9. Hulshof M, Geijsen ED, Rozema T, Oppedijk V, Buijsen J, Neelis KJ, et al. Randomized Study on Dose Escalation in Definitive Chemoradiation for Patients With Locally Advanced Esophageal Cancer (ARTDECO Study). J Clin Oncol. 2021;39(25):2816-24.
10. Al-Kaabi A, Schoon EJ, Deprez PH, Seewald S, Groth S, Giovannini M, et al. Salvage endoscopic resection after definitive chemoradiotherapy for esophageal cancer: a Western experience. Gastrointest Endosc. 2021;93(4):888-98.e1.
11. Weusten B, Bisschops R, Dinis-Ribeiro M, di Pietro M, Pech O, Spaander MCW, et al. Diagnosis and management of Barrett esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2023;55(12):1124-46.
12. Wang AY, Hwang JH, Bhatt A, Draganov PV. AGA Clinical Practice Update on Surveillance After Pathologically Curative Endoscopic Submucosal Dissection of Early Gastrointestinal Neoplasia in the United States: Commentary. Gastroenterology. 2021;161(6):2030-40.e1.
13. Shaheen NJ, Falk GW, Iyer PG, Souza RF, Yadlapati RH, Sauer BG, et al. Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus: An Updated ACG Guideline. Am J Gastroenterol. 2022;117(4):559-87.

5. Metode

Litteratursøgning

Den oprindelige 2023-guideline fra DEGC baserede sig primært på de to 2022-guidelines omhandlende behandling af esophagus- og ventrikelcancer, der var udarbejdet af det europæiske selskab for onkologi samt den guideline der også i 2022 var udgivet af det europæiske endoskopiselskab. Herværende guideline består i en opdatering af relevant litteratur på området, om end denne er yderst sparsom.

Litteraturgennemgang

Litteraturen er gennemgået af forfatterne.

Formulering af anbefalinger

Anbefalingerne er udformet af en arbejdsgruppe udpeget af DEGC-bestyrelsen.

Interessentinvolvering

Ingen

Høring

Guidelines har ikke været i ekstern høring, men gennemgået og godkendt af repræsentanter fra DEGC gruppens bestyrelse ved møde ultimo januar 2025.

Godkendelse

Faglig godkendelse:
Guidelines er godkendt af repræsentanter fra DEGC gruppens bestyrelse efter høringsrunde i februar 2025.

Administrativ godkendelse:
4. april 2025

Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

Disse guidelines anbefaler en årlig CT-skanning på de ca. 300 patienter, der årligt tilbydes kurativt intenderet behandling. Det skal dog her anføres, at en del af patienterne allerede på nuværende tidspunkt får foretaget en sådan skanning ud fra klinisk mistanke om recidiv.

Behov for yderligere forskning

Der er generelt meget sparsom forskning på området om brugen af billeddiagnostiske undersøgelser i opfølgning efter kurativ kræftbehandling, idet dette også er gældende for esophagus-/ventrikelcancer.

Forfattere og habilitet

- Alan Patrick Ainsworth, kirurgi, overlæge, ph.d, Odense Universitetshospital: ingen interessekonflikter
- Mette Siemsen, thoraxkirurgi, overlæge, ph.d., Rigshospitalet: ingen interessekonflikter
- Michael Patrick Achiam, kirurgi, overlæge,ph.d, dr.med., Rigshospitalet
- Mette Yilmaz, onkologi, overlæge, ph.d. Aalborg Universitetshospital: ingen interessekonflikter
- Thomas Skårup Kristensen, radiologi, overlæge, ph.d., Rigshospitalet: ingen interessekonflikter

Jf. Habilitetspolitikken henvises til deklaration via Lægemiddelstyrelsens hjemmeside for detaljerede samarbejdsrelationer: https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/godkendelse/sundhedspersoners-tilknytning-til-virksomheder/lister-over-tilknytning-til-virksomheder/apotekere,-laeger,-sygeplejersker-og-tandlaeger

Plan for opdatering

Da der i den vestlige verden foregår meget sparsom forskning på området, forventes det først relevant at reviderer denne guidelines i januar 2028.

Version af retningslinjeskabelon

Retningslinjen er udarbejdet i version 10 af skabelonen.

6. Monitorering

Udvikling af kvaliteten på dette område understøttes af viden fra DEGC 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.

DEGC-databasen monitorerer udelukkende parametre omkring patienternes primære behandling. Der er således ikke mulighed for, at de anbefalinger, der gives i herværende guidelines, kan monitoreres i databasen.

7. Bilag

Bilag 1 – Søgestrategi

Se under litteraturgennemgang.

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.