# Ovariecancer

– Fertilitetsbevarende kirurgi ved c. ovarii

## Version 1.2

**GODKENDT**
**Faglig godkendelse**
15. januar 2026 (DGCG)
**Administrativ godkendelse**
21. januar 2026 (Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

**REVISION**
Planlagt: 15. oktober 2028

**INDEKSERING**
DGCG, c. ovarii, fertilitetsbevarende kirurgi

# Nyt siden sidst (ændringslog)

For tidligere versioners ændringslog se bilag 1.

## Nyt siden version 1.1

| Retningslinjeafsnit | Beskrivelse af ændring |
|---|---|
| Anbefalinger | ”ved mucinøse carcinomer” er tilføjet anbefaling nr. 1 |

# Indholdsfortegnelse

1. Anbefalinger (Quick guide) ..... 4
Ovariecancer - fertilitetsbevarende kirurgi ved c.ovarii ..... 4
2. Introduktion ..... 5
3. Grundlag ..... 6
Ovariecancer - fertilitetsbevarende kirurgi ved c.ovarii ..... 6
4. Referencer ..... 10
5. Metode ..... 12
6. Monitorering ..... 14
7. Bilag ..... 15
8. Om denne kliniske retningslinje ..... 16

# 1. Anbefalinger (Quick guide)

## Ovariecancer - fertilitetsbevarende kirurgi ved c.ovarii

1. **Fertilitetsbevarende kirurgi (FSS) skal omfatte fjernelse af det afficerede adneks (ovarie og salpinx), bevarelse af et normalt udseende kontralateralt ovarium og uterus samt komplet staging procedure med fjernelse af oment, appendix (ved mucinøse carcinomer), pelvine og paraaortale lymfeknuder, peritoneale biopsier samt peritoneal skyllevæske (D)**

2. **Fertilitetsbevarende kirurgi (FSS) kan tilbydes kvinder med fertilitetsønske ved:**
    a. **Stadium IA-1C1 low-grade serøst adenokarcinom (C)**
    b. **Stadium IA-IC1, grad 1 og 2 endometroidt adenokarcinom (C)**
    c. **Stadium IA-IC1, ekspansiv type mucinøst adenokarcinom, (C)**
    d. **Stadium IA-IC1, clear cell adenokarcinom (C)**

3. **Fertilitetsbevarende kirurgi kan ikke anbefales til kvinder med**
    a. **Grad 3 (high- grade) serøst adenokarcinom (D)**
    b. **Grad 3 endometroidt adenokarcinom (D)**
    c. **Infiltrativ type, mucinøst adenokarcinom (D)**
    d. **Stadium IC2 eller derover (C)**

# 2. Introduktion

En mindre andel (<10%) af patienter med c. ovarii er i den fertile alder på diagnosetidspunktet, og kan have et ønske om at bevare deres fertilitet.

## Formål

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

## Patientgruppe

Kvinder i den fertile alder med stadium I sygdom, som ønsker at bevare deres fertilitet.

## Målgruppe for brug af retningslinjen

Denne retningslinje skal primært understøtte det kliniske arbejde og udviklingen af den kliniske kvalitet, hvorfor den primære målgruppe er klinisk arbejdende onko-gynækologer, onkologer og patologer samt praktiserende læger, som er involveret i behandling og opfølgning af patientgruppen.

# 3. Grundlag

## Ovariecancer - fertilitetsbevarende kirurgi ved c.ovarii

1. **Fertilitetsbevarende kirurgi (FSS) skal omfatte fjernelse af det afficerede adneks (ovarie og salpinx), bevarelse af et normalt udseende kontralateralt ovarium og uterus samt komplet staging procedure med fjernelse af oment, appendix (ved mucinøse carcinomer), pelvine og paraaortale lymfeknuder, peritoneale biopsier samt peritoneal skyllevæske (D)**

2. **Fertilitetsbevarende kirurgi (FSS) kan tilbydes kvinder med fertilitetsønske ved:**

    a. **Stadium IA-1C1 low-grade serøst adenokarcinom (C)**

    b. **Stadium IA-IC1, grad 1 og 2 endometroidt adenokarcinom (C)**

    c. **Stadium IA-IC1, mucinøst adenokarcinom, ekspansiv type (C)**

    d. **Stadium IA-IC1, clear cell adenokarcinom (C)**

3. **Fertilitetsbevarende kirurgi kan ikke anbefales til kvinder med**

    a. **Grad 3 (high-grade) serøst adenokarcinom (D)**

    b. **Grad 3 endometroidt adenokarcinom (D)**

    c. **Infiltrativ type, mucinøst adenokarcinom (D)**

    d. **Stadium IC2 eller derover (C)**

### Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalinger er baseret på 7 reviews, 1 policy review, 1 prospektivt studie, 5 retrospektive, observationelle studier, 3 best practice/koncensus artikler, samt 1 international koncensus konference (ESMO-ESGO Ovarian Cancer Consensus Working Group) (1, 3). Anbefalingerne er i overensstemmelse med sidstnævnte.

Hos unge kvinder med fertilitetsønske kan fertilitetsbevarende kirurgisk indgreb (FSS) overvejes ved stadium I for visse histologiske typer. I de tilfælde kan man bevare et normalt udseende kontralateralt ovarium og uterus, men i øvrigt gennemføre en komplet staging procedure med fjernelse af det afficerede adneks, oment, evt. appendix, pelvine og paraaortale lymfeknuder og tage peritoneale biopsier samt peritoneal skyllevæske (1, 4-6). Man biopterer ikke et normalt udseende ovarium på modsatte side, da risikoen for skjult malignitet dér er <3% [2a] (6). FSS anbefales ikke ved højere stadier II-IV [2a] (1).

I et systematisk review fra 2024 af Guan at al, omfattende 2.906 patienter i stadium. Ia-IC fordelt på 12 artikler, fandt man, at FSS var forbundet med samme sygdomsfri overlevelse ( (RR [95% CI], 1.10 [0.69, 1.76]; P=0.68) og risiko for tilbagefald som hos radikalt opererede (RS). I subgruppe analyser fandt man DFS, RR'er i stadium IA/IB-gruppen og st. IC-gruppen var 0,82 (95 % CI: 0,23-2,97; P=0,76) og 1,03 (95 % CI: 0,57-1,86; P=0,93). For OS, var RR i st. IA/IB og staduim IC hhv 0,68 (95% CI: 0,39-1,20; P=0,19) og 0,84 (95 % CI: 0,57-1,26; P=0,40). For recidivfrekvens, var RR'er i st. IA/IB og i st.IC på 1,32 (95 % CI: 0,54-3,23; P=0,54) og 1,07 (95 % CI: 0,63-1,82; P=0,81) Efter sensitivitetsanalyse var den øvre grænse for CI meget tæt på 1, (RR [95 % CI], 0,70 [0,50-0,99]; P=0,04), hvilket indikerer, at patienter, der gennemgik FSS, ikke havde samme gode OS som dem, der gennemgik RS. I diskussionen mener forfatterne ikke, at den lavere overlevelse i FSS-gruppen kunne tilskrives uerkendte fjernmetastaser fra epitelial ovariecancer (7).

Bentivegna et al. foretog et systematisk review, hvor 32 artikler fra 1988 til 2016 indgik (8). I alt 1150 patienter med low grade serøs, mucinøs, endometroid og clear cell karcinom, der havde fået foretaget FSS var inkluderet. Recidivfrekvensen afhang af sygdomsstadie og histologisk type og grad. Således forekom recidiv hos 7% i stadium 1A, grad 1 (n=285), 11% i stadium 1A, grad 2 (n=72); og 11% i hhv. stadium IC, grad 1 og 2 (n=217). Omtrent samme recidivrater ses efter radikal kirurgi. Konklusionen er, at kvinder med disse sygdomsstadier og fertilitetsønske kan tilbydes FSS [2a].
Stratificering efter histologi, grad og højere stadium påviste ikke overraskende større risiko for recidiv: 29 % for stadium 1A, grad 3 tumorer (n=28). For stadium 1C, grad 3 tumorer (n=30) var recidivhyppigheden 23%. Blandt de få rapporterede tilfælde af avancerede stadier behandlet med FSS, IIA-IIIC, fandt man en recidivhyppighed på 38% (n=40). Clear-cell cancere i stadium I havde 17% recidiv (19 recidiver blandt 115 patienter). Tendensen er mere udførligt dokumenteret i flere af de indgående serier (5, 9-12). Der er ikke konstateret øget hyppighed af medfødte misdannelser efter adjuverende kemoterapi (4).
Det er usikkert om den kirurgiske procedure - FSS eller RS- har betydning for recidivrate og overlevelse i stadium I (8, 9, 13). Nasioudis et al finder i et retrospektivt studie af 741 premenopausale kvinder med clear celle carcinom en cancerspecifik overlevelse på 92,6 % i gruppen med FSS mod 85,0 % i gruppen uden FSS (p=0,060). Efter justering for sub-stadie (IA vs IC), var bevaret uterus eller ovariepreservation ikke associeret med dårligere overall eller cancerspecifik overlevelse (14) [3b].

Morice et al. (15)har i deres review stratificeret de mucinøse ovariecancer i expansil og infiltrativ type og finder blandt 107 patienter med infiltrativ type i alt 36 recidiver; 14 i st. I (18%) og 22 i st. III-IV (92%). Da recidivet oftest er extragenitalt, argumenteres for, at man kan tillade fertilitetsbevarende operation i st I, også til denne patientgruppe. ESGO (1) har ikke taget stilling til den infiltrative type, men deres anbefaling om fertilitetsbevarende kirurgi omfatter alene den expansile type. Ovariegruppen finder, at man på nuværende tidspunkt må afvente mere viden om den infiltrative type af mucinøs ovariecancer, og anbefaler derfor ikke fertilitetsbevarende operation til denne gruppe patienter. Fertilitetsbevarende operation ved mucinøst adenocarcinom, infiltrativ typer bør kun tilbydes efter grundig information af patienten inkluderende den formentlig øgede recidivrisiko sammenlignet med de øvrige histologiske.

For clear cell carcinomer fandt Prodromidou et al. i et systematisk review med 60 patienter i stadium IA-IC, at 10 patienter (16,6 %) havde recidiv. Den samlede kliniske graviditetsrate var på 32% med en andel på 24% af antallet af levendefødte hos 12 af de inkluderede patienter. Medianintervallet fra operation til graviditet var

41,5 måneder, mens der ikke blev registreret tegn på sygdom blandt de patienter, der opnåede graviditet. Der var ikke forskel i overlevelse eller recidivrate blandt patienter med fertilitetsbevarende kirurgi sammenlignet med patienter, der havde fået foretaget radikal operation (16). Man har ikke skelnet mellem IC1, IC2 og IC3. Park et al. har også sammenlignet FSS og RS blandt patienter med clear cell karcinom (n=47), men fandt ingen forskel i hverken recidiv fri overlevelse (RFS) (23% vs. 20%) eller i samlet overlevelse (OS) (77% vs. 84%) i de to grupper [3b] (9). Ligeledes fandtes non-signifikant forskel i OS ved stadium I, grad 1 og 2 non-clear cell karcinom, behandlet med FSS vs. RS(8, 10). Ovenstående støttes af, at 85 % af recidiverne efter FSS forekommer ekstra-ovarielt ved stadium I clear cell karcinom, og for stadium I, grad 3 tumorer er det 95%(9). Pga. den øgede recidivrate er valg af behandlingsstrategi fortsat omdiskuteret, og det er uafklaret, om prognosen afspejler sygdommens naturhistorie snarere end behandlingen.
Clear cell carcinom er en relativ sjælden tumorform, hvis prognose var været opfattet som værende på niveau med HGSC eller værre. Der er ingen publicerede studier, som inkluderer tilstrækkeligt med patienter til, at der kan træffes sikre konklusioner om prognosen i st. 1A eller st. 1C. Fertilitetsbevarende operation ved clear cell carcinom bør kun tilbydes efter grundig information af patienten inkluderende den formentlig øgede recidivrisiko sammenlignet med de øvrige histologiske typer, og det er næppe tilrådeligt for stadier større end st I.

I et landsdækkende svensk prospektivt studie af onkologiske og reproduktive resultater efter fertilitetsbesparende operation, fandt man blandt 83 patienter med tidligt stadie af epiteliale ovariecancer, at specifikke histologiske undertyper havde større prognostisk indvirkning på PFS og OS end FSS vs radikal ooperation. Recidiv opstod efter FSS, men ingen i livmoderen, hvilket sætter spørgsmålstegn ved behovet for hysterektomi hos unge kvinder med EOC (17).

Mulighederne for at opnå graviditet hos kvinder behandlet med FSS, synes at være gode. Blandt 918 patienter behandlet med FSS forekom i alt 214 fødsler, heraf var de 2 ekstrauterine (18)[2a]. Graviditetschancerne afhænger af kvindens alder på behandlingstidspunktet, og FSS bør næppe tilbydes kvinder ældre end 40 år. Indtil videre anbefales kryopræservation af ovarievæv ikke hos patienter med ovariecancer pga. risiko for recidiv ved autotransplantation [2a] (4, 6, 19). Rigshospitalet har landsfunktion for nedfrysning og anvendelse af ovarievæv ved fertilitetsønske ved maligne lidelser, og kan evt. konfereres forud for et operativt indgreb og rådgive patienter om muligheder og risici.

Rekommandationer vedrørende fertilitetsbevarende behandling til kvinder med borderline tumorer og ovariecancer baseret på guidelines fra ESGO (The European Society of Gynaecological Oncology), ESHRE (The European Society of Human Reproduction and Embryology) og ESGE (The European Society for Gynaecological Endoscopy) er beskrevet i et policy review publiceret i 2024 af P. Morice et al (20) . Anbefalinger beskrevet i denne retningslinie er i overensstemmelse med disse rekommandationer.

## Patientværdier og – præferencer

Fertilitetsbevarende operation for ovariecancer er præferencefølsomt, da de fleste unge patienter uden børn intuitivt ønsker at bevare muligheden for at kunne få børn senere i livet. Dette kan bero på alder, paritet og personlige forhold.

## Rationale

Der foreligger sparsom evidens for sikkerheden ved fertilitetsbevarende kirurgi ved c. ovarii. Det vurderes, at randomiserede studier aldrig vil kunne gennemføres, hvorfor retrospektive observationelle studier også fremover må ligge til grund for anbefalingerne.

## Bemærkninger og overvejelser

Det er vigtigt fortsat at stratificere de foreliggende studier, for at kunne vurdere muligheden for fertilitetsbevarende kirurgi hos de enkelte subgrupper.

# 4. Referencer


1. Colombo N, Sessa C, Bois AD, Ledermann J, McCluggage WG, McNeish I, et al. ESMO-ESGO consensus conference recommendations on ovarian cancer: pathology and molecular biology, early and advanced stages, borderline tumours and recurrent disease. Int J Gynecol Cancer. 2019.
2. 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.
3. Alaggio R, Amador C, Anagnostopoulos I, Attygalle AD, Araujo IBDO, Berti E, et al. The 5th edition of the World Health Organization Classification of Haematolymphoid Tumours: Lymphoid Neoplasms. Leukemia. 2022;36(7):1720-48.
4. Ng JS, Low JJ, Ilancheran A. Epithelial ovarian cancer. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2012;26(3):337-45.
5. Satoh T, Hatae M, Watanabe Y, Yaegashi N, Ishiko O, Kodama S, et al. Outcomes of fertility-sparing surgery for stage I epithelial ovarian cancer: a proposal for patient selection. J Clin Oncol. 2010;28(10):1727-32.
6. McKenzie ND, Kennard JA, Ahmad S. Fertility preserving options for gynecologic malignancies: A review of current understanding and future directions. Crit Rev Oncol Hematol. 2018;132:116-24.
7. Guan Z, Zhang C, Lin X, Zhang J, Li T, Li J. Oncological outcomes of fertility-sparing surgery versus radical surgery in stage - epithelial ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis. World Journal of Surgical Oncology. 2024;22(1):170.
8. Bentivegna E, Gouy S, Maulard A, Pautier P, Leary A, Colombo N, et al. Fertility-sparing surgery in epithelial ovarian cancer: a systematic review of oncological issues. Ann Oncol. 2016;27(11):1994-2004.
9. Park JY, Suh DS, Kim JH, Kim YM, Kim YT, Nam JH. Outcomes of fertility-sparing surgery among young women with FIGO stage I clear cell carcinoma of the ovary. Int J Gynaecol Obstet. 2016;134(1):49-52.
10. Kajiyama H, Shibata K, Mizuno M, Umezu T, Suzuki S, Nawa A, et al. Long-term survival of young women receiving fertility-sparing surgery for ovarian cancer in comparison with those undergoing radical surgery. Br J Cancer. 2011;105(9):1288-94.
11. du Bois A, Heitz F, Harter P. Fertility-sparing surgery in ovarian cancer: a systematic review. Onkologie. 2013;36(7-8):436-43.
12. Borgfeldt C, Iosif C, Masback A. Fertility-sparing surgery and outcome in fertile women with ovarian borderline tumors and epithelial invasive ovarian cancer. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2007;134(1):110-4.
13. Hedback NE, Karlsen MA, Hogdall CK, Rosendahl M. Survival of selected patients with ovarian cancer treated with fertility-sparing surgery. Reprod Biomed Online. 2018;37(1):71-6.
14. Nasioudis D, Chapman-Davis E, Frey MK, Witkin SS, Holcomb K. Could fertility-sparing surgery be considered for women with early stage ovarian clear cell carcinoma? J Gynecol Oncol. 2017;28(6):e71.
15. Morice P, Gouy S, Leary A. Mucinous Ovarian Carcinoma. N Engl J Med. 2019;380(13):1256-66.
16. Prodromidou A, Theofanakis C, Thomakos N, Haidopoulos D, Rodolakis A. Fertility sparing surgery for early-stage clear cell carcinoma of the ovary; A systematic review and analysis of obstetric outcomes. Eur J Surg Oncol. 2021;47(6):1286-91.
17. Johansen G, Dahm-Kähler P, Staf C, Flöter Rådestad A, Rodriguez-Wallberg KA. A Swedish Nationwide prospective study of oncological and reproductive outcome following fertility-sparing surgery for treatment of early stage epithelial ovarian cancer in young women. BMC Cancer. 2020;20(1):1009.
18. Nam JH, Park JY. Fertility-sparing surgery for young women with early-stage epithelial ovarian cancer. Gynecol Obstet Invest. 2013;76(1):14-24.

19. Schuring AN, Fehm T, Behringer K, Goeckenjan M, Wimberger P, Henes M, et al. Practical recommendations for fertility preservation in women by the FertiPROTEKT network. Part I: Indications for fertility preservation. Arch Gynecol Obstet. 2018;297(1):241-55.
20. 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.

# 5. Metode

## Litteratursøgning

Ovenstående anbefalinger er opnået ved en gennemgang af den eksisterende litteratur ved forfatterne. Alle studietyper blev inkluderet i søgningen. Den systematiske søgning er foretaget i PubMed (Keywords: Ovarian cancer, fertility sparing, preservation, early stage, oncological outcome, reproductive outcome, surgery, pregnancy ). 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.

## 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 faglig kendskab til det pågældende emne. Oplægget rundsendes til gruppens øvrige medlemmer, hvorefter der tilrettes med indkomne konstruktive forslag og litteratur.

## Interessentinvolvering

Patientorganisationer har ikke været inddraget i denne anbefaling.

## Høring

Denne retningslinje har ikke været i offentlig høring.

## Godkendelse

Faglig godkendelse:
Anbefalingerne har herefter været til høring i DGCGs bestyrelse og på DGCGs hjemmeside i en måned, hvor efter anbefalingerne revideres i forhold til indkomne forslag. Herefter vedtages anbefalingerne endeligt.

Administrativ godkendelse:
21. januar 2026.

## 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

Det er vigtigt fortsat at stratificere de foreliggende og nye studier, når der fremkommer ny viden om risikoprofiler hos bl.a. særlige histologiske typer, for at kunne vurdere muligheden for fertilitetsbevarende kirurgi hos de enkelte subgrupper.

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

Ingen af ovenstående forfattere vurderes at have interessekonflikter i forhold til denne retningslinjes anbefalinger.

Jf. Habilitetspolitikken henvises til deklaration via Lægemiddelstyrelsens Liste over personer der modtager økonomisk støtte eller har tilknytning til virksomheder for detaljerede samarbejdsrelationer

## Plan for opdatering

Retningslinjen opdateres i DGCG regi.

## Version af retningslinjeskabelon

Retningslinjen er udarbejdet i version 10 af skabelonen.

# 6. Monitorering

Den internationale database International Network on Cancer, Infertility and Pregnancy (INCIP) samler data om patienter, der har fået foretaget fertilitetsbevarende kirurgi.

# 7. Bilag

## Bilag 1 – Ændringslog fra tidligere versioner

### Ændringer siden version 1.1

| **Retningslinjeafsnit** | **Beskrivelse af ændring** |
|---|---|
| Anbefalinger | Fertilietsbevarende kirurgi anbefales nu til pt med Clear cell carcinom IA-IC1 |
| Litteratur- og evidensgennemgang | Flere referencer er tilføjet |
| Høring | Er sendt til høring i DGCG´s bestyrelse og på hjemmesiden, hvor den er godkendt i dens nuværende form. |
| Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift | Nej |

# 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.