

# Bilag til Kræftplan II

## Bilag 9.1 E Gynækologisk kræft

Lægechef overlæge Kim Toftager-Larsen, Hillerød Sygehus

### Hovedanbefalinger

- Krav til det relevante grundlag for den enkelte behandlende afdeling for så vidt angår antal operationer (pr. år/pr. operatør<sup>1</sup>), kvalifikations-/kompetencekrav til opererende læger<sup>2</sup>, samt tilstedeværelse af samarbejdende afdelinger<sup>3</sup> defineres.
- Det klarlægges, om de af DGC (Dansk Gynækologisk Cancer) udarbejdede kliniske guidelines følges for så vidt angår visitation, udredning, procedurer og efterkontrol
- Standarder og indikatorer fastlægges af DGC i samarbejde med DSOG (Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi).
- Alle afdelinger, der behandler patienter med gynækologisk cancer, indberetter obligatorisk de relevante og af DGC fastlagte data til DGC's kliniske database.
- Det bør afklares, hvilken værdi kliniske kontroller efter behandling kan tillægges. I forlængelse heraf formuleres nye anbefalinger af DGC.
- Der bør - i DGC-regi - etableres et landsdækkende samarbejde med henblik på protokollering af behandlingen af endometriecancer.
- Opmærksomheden på gynækologiske cancerformer i den primære sundhedssektor skærpes.
- Der udarbejdes en plan for en fuld og ensartet dækning med screening for celleforandringer på cervix uteri i alle amter/regioner. Sktiviteten kvalitetssikres.
- Der udarbejdes en fagområdebeskrivelse for gynækologisk onkologi.
- Der etableres en lægelig videre- og efteruddannelse i gynækologisk onkologi, herunder beskrives finansiering af uddannelsen.
- Der etableres regionale/landsdækkende biobanker i relation til DGC-databasen

---

<sup>1</sup> Afdelinger, der opererer patienter med ovarie cancer og patienter med endometriecancer bør antageligt have et optageområde på 350.000 - 500.000 indbyggere, hvilket giver et patientgrundlag på mellem 35 og 50 patienter årligt for hver cancertype. Dertil kommer et større antal operationer på mistanke om ovariecancer, således at det samlede antal relevante operationer vil lægge sig mellem 100 og 200 for det gynækologisk-onkologiske team.

Afdelinger, der opererer patienter med cervixcancer, bør have et optageområde på ca. 1.000.000 indbyggere, hvilket opfyldes af de fem gynækologisk-onkologiske landsdelsafdelinger. En nærmere vurdering er nødvendig og må bero på et skøn, nogen klar dokumentation for antal foreligger ikke.

<sup>2</sup> Alle canceroperationer skal udføres af speciallæger træned i gynækologisk-onkologisk operationsteknik, såvel operatør som assistent. Dog kan speciallæger under (videre-)uddannelse i gynækologisk onkologi indgå som assistenter

<sup>3</sup> Kolorektal kirurgi (Gastroenterologisk kirurgi) (med kompetence i gynækologisk-onkologisk kirurgi), patologi, medicinsk onkologi, billeddiagnostik . Kan eventuelt være beliggende på nærliggende institutioner, forudsat at et formaliseret samarbejde er etableret.

## Indholdsfortegnelse

<b>Hovedanbefalinger .....</b>	<b>- 1 -</b>
<b>Introduktion .....</b>	<b>- 3 -</b>
<b>Organisation .....</b>	<b>- 4 -</b>
<i>Ovariecancer</i> .....	- 4 -
Patientforløb .....	- 4 -
Forebyggelse & screening .....	- 4 -
Udredning .....	- 5 -
Kirurgisk behandling .....	- 5 -
Non-kirurgisk behandling .....	- 5 -
Opfølgning/efterkontrol .....	- 5 -
Multidisciplinære teams .....	- 6 -
<b>Kliniske retningslinier</b> .....	<b>- 6 -</b>
<i>Cervixcancer</i> .....	- 6 -
Forebyggelse, screening & udredning (patientforløb) .....	- 6 -
Kirurgisk & Non-kirurgisk behandling .....	- 7 -
Opfølgning/efterkontrol .....	- 8 -
Multidisciplinære teams .....	- 8 -
<b>Kliniske retningslinier</b> .....	<b>- 8 -</b>
<i>Corpuscancer (endometriecancer)</i> .....	- 8 -
Forebyggelse & screening .....	- 8 -
Udredning .....	- 8 -
Kirurgisk behandling .....	- 9 -
Non-kirurgisk behandling .....	- 9 -
Opfølgning/efterkontrol .....	- 9 -
Multidisciplinære teams .....	- 9 -
<b>Kliniske retningslinier</b> .....	<b>- 9 -</b>
<i>Andre gynækologiske cancerformer</i> .....	- 9 -
<b>Efteruddannelse .....</b>	<b>- 9 -</b>
<b>Monitorering .....</b>	<b>- 10 -</b>
Registrering & databaser .....	- 10 -
Standarder & indikatorer: .....	- 10 -
<b>Forskning .....</b>	<b>- 11 -</b>
<b>Perspektivering .....</b>	<b>- 11 -</b>
Organisation .....	- 11 -
Klinisk perspektivering .....	- 12 -
Efteruddannelse .....	- 12 -
Monitorering .....	- 12 -
Forskning .....	- 12 -

## Introduktion

Antallet af nye tilfælde af gynækologisk cancer i Danmark i 2000 var 1760, hvoraf cervixcancer udgjorde 391, corpuscancer 604 og ovariecancer 623. Den standardiserede incidensrate per 100.000 personår har været stærkt faldende for cervixcancer fra 1946 til 2000 (24,9 til 11,6), utvivlsomt på grund af indførelsen af screening for cellulær atypi/dysplasi på cervix, hvorimod den har været konstant (omkring 14-15) for de to andre store gynækologiske cancerer<sup>4</sup>.

Den kirurgiske behandling af patienter med gynækologiske kræftsygdomme varetages i Danmark på gynækologiske afdelinger og på subspecialiserede gynækologiske afdelinger med lands-landsdelsfunktion i gynækologiske kræftsygdomme<sup>5</sup>. Enkelte patienter opereres fortsat på kirurgiske afdelinger, dette er dog overvejende patienter, hvor en gynækologisk cancer uventet findes per-operativt. Siden Kræftplan 2000 har de fleste amter og H:S centraliseret behandlingen af gynækologiske kræftpatienter på én afdeling i hvert amt. Den medicinske behandling foregår dels på de onkologiske landsdelsafdelinger, dels decentralt på medicinske afdelinger i enkelte amter, hvorimod strålebehandling kun foregår på en af de fem onkologiske landsdelsafdelinger (KAS Herlev, Rigshospitalet, Universitetssygehuse i Odense, Århus og Aalborg).

Der findes et formaliseret, udvidet samarbejde med kolorektalkirurger, urologer, patologer og onkologer sted på såvel lands-landsdels afdelingerne som på flere gynækologiske afdelinger, hvor gynækologiske cancerpatienter er centreret i amtet. Endvidere er behandlingen indenfor den enkelte afdeling samlet på færre hænder. Ændringerne har imidlertid ikke været problemfri, meningene har været meget divergerende, og det har langtfra fundet sit 'rigtige' leje. Antallet af operationer for ovariecancer på en afdeling har varieret fra ganske få og op til ca. 50 pr. år. Fordelingen er velbeskrevet i en vurdering af anvendelse af Landspatientregisteret til kvalitetssikring af det gynækologisk-obstetriske speciale<sup>6</sup>.

Med henblik på udvikling af et landsdækkende, tværfagligt samarbejde vedrørende hele det gynækologisk-onkologiske område blev i foråret 2000 dannet Dansk Gynækologisk Cancer (DGC), en formaliseret struktur med forretningsudvalg, arbejdsgrupper for de tre områder af gynækologisk cancer (cervix, vulva- og vaginalcancer, ovarie- og tubacancer, samt corpuscancer), samt en databasegruppe. Efterfølgende blev strukturen godkendt i Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG), Dansk Selskab for Onkologi/Dansk Selskab for Medicinsk Onkologi og Dansk Selskab for Patologisk Anatomi. De videnskabelige selskaber har endvidere udpeget 3 medlemmer fra hvert selskab til samarbejdets forretningsudvalg. En beskrivelse af strukturen kan findes på DGC's hjemmeside<sup>7</sup>.

Udarbejdelsen af DGC's retningslinier<sup>8,10</sup> havde det erklærede formål at sikre

- Intensiveret fokus på diagnosen i almen praksis
- Optimering af den kirurgiske stadieinddeling og behandling
- Ensartede rekommandationer for såvel primær som palliativ kemoterapi
- Formaliseret samarbejde mellem gynækologer, patologer og onkologer

<sup>4</sup> Cancerincidens i Danmark 2000. Sundhedsstatistikken 2004:1. Sundhedsstyrelsen november 2004.

<sup>5</sup> Specialeplanlægning og Lands-landsdelsfunktioner i Sygehusvæsenet. Sundhedsstyrelsen 2002.

<sup>6</sup> Landspatientregisteret til kvalitetssikring af det gynækologiske speciale, CEMTV/Sundhedsstyrelsen 2002.

<sup>7</sup> [www.dgc-dk.dk](http://www.dgc-dk.dk)

<sup>8</sup> Retningslinier for visitation, diagnostik, behandling og kontrol af epithelial ovariecancer, [www.dgc-dk.dk](http://www.dgc-dk.dk), DGC marts 2003.

- Fokusering på den palliative behandling
- Initiering/deltagelse i protokollerede undersøgelser for at uddybe vores viden om optimal behandling af patienter med ovariecancer

Det er således hele patientforløbet, der fokuseres på.

DGC har på baggrund af et omfattende udvalgsarbejde udgivet tre referenceprogrammer for diagnostik, behandling og kontrol af cervixcancer, epithelial ovariecancer og ikke-epithelial ovariecancer. Alle tre kan findes på DGC's hjemmeside.

En debat vedrørende behandling af endometrie-(corpus-) cancer udspiller sig for tiden i DGC's regi og forventes snarligt at resultere i et referenceprogram for cancertypen.

Organisation og behandling af cervixcancer ligger i fuldstændig faste rammer, hvor patienter med cervixcancer større end stadium IA udelukkende behandles på de 5 onkologiske landslandsdelsafdelinger, ofte med direkte henvisning fra praktiserende speciallæger.

Under DGC er nu etableret en klinisk database, hvor samtlige gynækologiske afdelinger i Danmark er tilsluttet via en sikker internetforbindelse (MedCom). Fra d. 15. februar 2005 vil databasen modtage lister fra LPR med henblik på en vurdering og sikring af dækningsgraden.

Et centralt spørgsmål har været nødvendigheden og omfanget af en centralisering af behandlingen. Det overordnede mål for en øget centralisering af udredning og behandling af ovariecancerpatienter må naturligt være en forbedret overlevelse målt som langtidsoverlevelse/helbredelse og øget livskvalitet. Sekundære mål er større grad af énsartethed i behandlingen, bedre mulighed for udvikling/forskning på området, vedligeholdelse af den nødvendige kirurgiske færdighed og mulighed for nødvendig uddannelse på ekspertniveau samt en løbende kvalitetskontrol. Der er ikke blandt DSOG's medlemmer fuld enighed omkring graden af centralisering.

## Organisation

### Ovariecancer

#### **Patientforløb**

Ca. 70-80% af patienterne har på diagnosetidspunktet lokal spredning eller fjernmetastaser, men symptomatologien ved ovariecancer er sparsom, med abdominale gener eller smerter, oppustethed, lavtsiddende rygsmerte, træthed og evt. vandladningssmerter. Den praktiserende læge bør derfor foretage gynækologisk undersøgelse inklusive rektovaginal eksploration hos alle kvinder ved ukarakteristiske abdominalia. Ved mistanke om ovariecancer bør kvinden straks henvises til gynækologisk specialafdeling. Ved uafklarede symptomer ud over 4 uger bør henvises til praktiserende gynækolog eller gynækologisk specialafdeling med henblik på videre udredning. Det videre patientforløb fremgår af afsnittet **udredning**.

#### **Forebyggelse & screening**

Årsagen til udvikling af ovariecancer er ukendt. Mindre end 10% er familiære, hvor det i en række tilfælde, bl. a. gennem bestemmelse af BRCA1 og 2, er muligt at fastslå risikoen for udvikling af

ovariecancer, og således etablere et tættere screeningsprogram, eventuelt at fjerne ovarier på et opportunt tidspunkt. De mere end 90% ikke-arvelige er forholdsvis symptomfattige og erkendes ofte i ret fremskredne stadier, eventuelt efter henvendelse til praktiserende læge med ukarakteristiske abdominale gener, eller som et tilfældigt fund af en cystisk proces ved ultralydsscanning. Håndtering af ovariecyster er detaljeret beskrevet i kliniske guidelines udarbejdet i regi af DSOG<sup>9</sup>

Såvel ultralydsscanning som bestemmelse af serum-CA 125 har været undersøgt som screeningsmetoder, men har udvist henholdsvis for ringe specificitet og for ringe sensitivitet. Der er ikke umiddelbart udsigt til bedre metoder.

### **Udredning**

Når mistanken er opstået - ved gynækologisk undersøgelse med rectovaginal eksploration, og med eller uden ultralydsscanning -, udredes patienten med

- Ultralydsscanning med beskrivelse af relevante parametre (størrelse, antal kamre, solide partier, fri væske, modsidige tumores)
- CA-125
- Røntgen af thorax
- Evt. CT/MR scanning

På baggrund af CA-125, ultralydfund og patientens alder beregnes de fleste steder RMI (Risk of Malignancy Index), hvor en værdi på mere end 200 afgiver indikation for operation foretaget af gynækolog med onkologisk erfaring.

### **Kirurgisk behandling**

**Præoperativt** udredes som ovenfor anført i det omfang, undersøgelserne ikke foreligger ved henvisning. Ved RMI>200 som anført operation ved onkologisk erfaren gynækolog, eventuelt ved henvisning til amtsligt eller lands-landsdelscenter.

**Den operative behandling** foretages på langt de fleste afdelinger efter en helt fast procedure med en standardiseret udtagning af relevante prøver, som beskrevet i DGC's referenceprogram. Der stiles mod størst mulig reduktion af tumorvævet.

**Postoperativt** - eventuelt også peroperativt - foretages mikroskopi af det fjernede væv efter meget detaljeret beskrivelse, standardiserede procedurer<sup>5</sup>.

Flere afdelinger arbejder nu med accelererede/optimerede patientforløb, hvor en hurtig mobilisering synes at gøre patienterne hurtigere raske.

### **Non-kirurgisk behandling**

med kemoterapi foretages på de medicinsk-onkologiske afdelinger, enten i et fast regime eller i en egentlig protokol. I henhold til to store internationale undersøgelser gives nu adjuverende kemoterapi til alle patienter med ovariecancer, med undtagelse af patienter med højt differentieret stadium I. Behovet for staging med udtagelse af lymfeglandler peroperativt diskuteres.

### **Opfølgning/efterkontrol.**

Patienter behandlet for epitelial ovariecancer følges almindeligvis i 5 år efter afsluttet behandling. Patienterne følges intervaller på 3 måneder, stigende til 1 år, med gynækologisk undersøgelse,

---

<sup>9</sup> Den gynækologiske guideline kan findes på [www.dsog.dk/files/ovariecyster.pdf](http://www.dsog.dk/files/ovariecyster.pdf)

ultralydscanning og bestemmelse af CA-125. Værdien af de kliniske efterkontroller er ikke dokumenteret.

### **Multidisciplinære teams**

Fra DGC's side anbefales et tæt (team-) samarbejde mellem onkologisk gynækolog, kolorektal kirurg, patolog og medicinsk onkolog. Samarbejdet er etableret på de fem landsdelsafdelinger samt flere centralsygehuse, hvor behandlingen for amtet er samlet. Det er uklart, i hvilket omfang et sådant samarbejde er etableret på de øvrige afdelinger.

### **Kliniske retningslinier**

Retningslinierne<sup>5</sup> blev udarbejdet af en arbejdsgruppe under DGC og efterfølgende fremlagt diskutere på flere møder i såvel DGC som DSOG.

Retningslinierne omfatter en detaljeret og praktisk relevant og anvendelig gennemgang af:

- Epidemiologi
- Screeningsmetoder for ovariecancer
- Sygdomsforløb
- Udredning og præoperativ vurdering, herunder anvendelsen af Risk of Malignancy Index og vaginal ultralydscanning
- Kirurgisk behandling, med en gennemgang af primær kirurgisk behandling, behandling af borderline tumorer, interventionskirurgi, fertilitetsbevarende kirurgi ved ovariekarcinom stadium I A grad 1, og second-look operation,
- Patologi, herunder makroskopisk undersøgelse af vævene, udskæring og mikroskopisk undersøgelse
- Den non-kirurgisk behandling
- Recidivbehandling
- Bivirkninger ved kemoterapi
- Nye behandlingsmodaliteter
- Monitorering under den onkologiske behandling
- Kontrol
- Rehabilitering
- Pleje

### **Cervixcancer**

#### **Forebyggelse, screening & udredning (patientforløb)**

Udtagning af celler fra cervix uteri er en overordentlig effektiv måde at screene for forstadier til cervixcancer på et tidspunkt, hvor en 100% helbredelse er mulig. Trods dette findes der ikke noget nationalt dansk program for cervixcancer screening, men Sundhedsstyrelsens retningslinier fra 1986 anbefaler kvinder fra 23 år til 59 år at få taget smear hvert 3. år og 60-74 årige en enkelt gang. Det har imidlertid taget umådelig lang tid at implementere retningslinierne<sup>10</sup>, og det er næppe endnu gennemført til fulde. Hvert amt fastlægger sine egne retningslinier for screeningen og det er forskelligt, hvilke aldersgrupper de enkelte amter tilbyder screening, der er regionale forskelle på

---

<sup>10</sup> Screening mod livmoderhalskræft. Lyngø, E; Ugeskr. Læger 164/2: 171-173, 2002.

praksis for opfølgningen af kvinder med lettere abnorme smear (atypi og let dysplasi) og dermed for, hvornår disse kvinder bliver henvist til gynækologisk speciallæge. Dertil kommer, at patologi-afdelinger rundt om i landet har anvendt forskellig nomenklatur for cervix-cytologi og histologi, og endelig har der været stor variation i gynækologiske speciallægers udredning og behandling af kvinder med cervikal dysplasi.

På den baggrund er der udfærdiget kliniske guidelines i DSOG-regi, hvor udredning, behandling og kontrol af dysplasi<sup>11</sup> er meget omfattende beskrevet. Formålet med guidelines har været at udforme fælles overordnede retningslinier for gynækologers håndtering af kvinder med cervikal dysplasi blandt andet for at åbne mulighed for at fastlægge nationale mål for - og kontrollere kvaliteten af - behandlingen af kvinder med cervikal dysplasi. Hvorvidt dette er lykkedes, er uvist. Der bør givetvis etableres en kontinuerlig, landsdækkende overvågning af eksisterende screeningsprogrammer med kvalitetssikring af de patologiske institutters laboratorier, vurdering af dækningsgrad etc.

Cervix cancer formodes forudgået af et præ-invasivt stadium af intraepithelial neoplasi eller dysplasi af gradvist tiltagende sværhedsgrad. Det er nu fastslået, at det initiale trin i denne udvikling er en persisterende infektion med en af de oncogene typer af human papillomavirus (HPV). På grund af den tætte relation mellem HPV og cervikal dysplasi er det nærliggende at antage, at HPV-diagnostik på en eller anden måde kan anvendes ved screening samt til udredning og kontrol af kvinder med cervix dysplasi<sup>12</sup>. En arbejdsgruppe (HPV Guidelines Gruppen) bestående af bl.a. gynækologer, patologer, mikrobiologer, alment praktiserende læger og epidemiologer er i gang med at vurdere netop dette spørgsmål.

Endelig pågår der omfattende multicenter, multinationale projekter, hvor effektiviteten af vaccination med de vigtigste oncogene typer af HPV undersøges. Foreløbige resultater ser endog særdeles lovende ud, og på sigt kan det blive muligt at reducere forekomsten af HPV-inducerede dysplasier med mere end 80%. Det vil have en betydelig afsmittende effekt på forekomsten af cervixcancer

### **Kirurgisk & Non-kirurgisk behandling**

Frasat behandling af stadium IA1 (hvor konisation er tilstrækkelig, forudsat at der ikke er vaskulær invasion eller invasion i resektionsrande) bør patienter med stadium IA2 og højere henvises til ét af de fem onkologiske centre. Ved stadium IA2 kan man nøjes med ekstrapasial hysterektomi med vaginalkrave, forudsat der ikke er vaskulær invasion eller palpable pelvine lymfeknuder. Stadiet IB og IIA opereres med radikal hysterektomi med iliacal lymfeknudeexairese. Der gives i de fleste tilfælde konkomitant kemoterapi og ved cancer-positive pelvine lymfonoduli tillige adjuverende strålebehandling.

Behandlingen ligger i helt faste rammer og er ensartet på de fem centre. En meget omfattende og detaljeret beskrivelse af præoperativ udredning, kirurgisk behandling, strålebehandling, kemoterapi, recidivbehandling, patologisk-anatomisk procedure findes guidelines for cervixcancer, udarbejdet af DGC<sup>13</sup>

---

<sup>11</sup> Cervikal dysplasi. Udredning, behandling og kontrol. Hindsgavl-guidelines, DSOG, december 2001 ([www.dsog.dk/files/dysplasi.pdf](http://www.dsog.dk/files/dysplasi.pdf))

<sup>12</sup> Testning for human papillomavirus i screening mod cervixcancer. Kjær SK; Ugeskr. Læger 164/2:173-175, 2002

<sup>13</sup> Retningslinier for visitation, diagnostik, behandling og kontrol af cervixcancer, [www.dgc-dk.dk](http://www.dgc-dk.dk), DGC juli 2002

### **Opfølgning/efterkontrol.**

Radikalt opererede patienter følges almindeligvis på henvisende afdeling, hvorimod patienter behandlet med adjuverende eller primær onkologisk terapi kontrolleres på onkologisk afdeling, almindeligvis i 5 år efter afsluttet behandling. Der kan være nogen uenighed om hvor patienterne skal efterkontrolleres. Værdien af de kliniske efterkontroller er ikke dokumenteret.

### **Multidisciplinære teams**

Fra DGC's side anbefales et tæt (team-) samarbejde mellem onkologisk gynækolog, stråleterapeut, patolog og medicinsk onkolog. Samarbejdet er etableret på de fem landsdelsafdelinger.

### **Kliniske retningslinier**

Retningslinierne<sup>7</sup> blev udarbejdet af en arbejdsgruppe under DGC og efterfølgende fremlagt diskutere på flere møder i såvel DGC som DSOG.

Retningslinierne omfatter en detaljeret og praktisk relevant og anvendelig gennemgang af:

- Visitation & udredning
- Patientforløbsprogram
- Behandling af tidlig cervixcancer (kirurgisk +/- adjuverende)
- Behandling af avanceret cervixcancer
- Recidivbehandling
- Kontrol
- Patologisk anatomisk procedure ved cervixkarcinom
- Appedices med
  - o Klassifikationer
  - o Noter til mikroskopiprocedure
  - o Late radiation morbidity score
  - o Guidelines for irradiation of advanced cervical cancer IIB-IVA (Nordic Society for Gynecological Oncology, Advisory Board of Radiotherapy)

### **Corpuscancer (endometriecancer)**

#### **Forebyggelse & screening**

Der eksisterer ingen kendt forebyggelse. Patienterne 'selvscreener' gennem opmærksomhed på vaginalblødning i menopausen (hvor forekomsten er størst).

#### **Udredning**

Foretages med gynækologisk undersøgelse, vaginal ultralydscanning, endometriehistologi, eventuelt 'vandscanning' eller hysteroskopi. Algoritme og procedurer er velbeskrevne i DSOG's Guideline - Postmenopausal blødning uden HRT<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Guideline - Postmenopausal blødning uden HRT, DSOG 2003:  
[www.dsog.dk/bloedningsforstyr/Guidelinepostmenopausal%20uden%20HRT150603w.htm](http://www.dsog.dk/bloedningsforstyr/Guidelinepostmenopausal%20uden%20HRT150603w.htm)



### **Kirurgisk behandling**

*Den operative behandling* består almindeligvis i total hysterectomi og bilateral salpingooforectomi. Patienter i højrisikogruppen (udifferentieret eller lavt differentieret adenocarcinom, adenopapillifert carcinom og clearcell carcinom) samt patienter med stadie større end I gives strålebehandling. På grund af bivirkninger til strålebehandling vil det i de kommende retningslinier fra DGC's arbejdsgruppe vedrørende corpuscancer arbejdsgruppens retningslinier (forventes at blive sendt til de respektive selskaber til godkendelse i maj 2005) blive anbefalet, at man foretager pelvin lymfeknude fjernelse og evt. biopsi af de paraaortiske lymfeknuder. Kun ved cancerpositive lymfeknuder gives adjuverende strålebehandling

*Postoperativt.* Flere afdelinger arbejder nu med accelererede/optimerede patientforløb, hvor en hurtig mobilisering synes at gøre patienterne hurtigere raske.

### **Non-kirurgisk behandling**

med strålebehandling/hormon/antihormonbehandling gives af/i samarbejde med onkologisk afdeling

### **Opfølgning/efterkontrol.**

Patienter behandlet for følges almindeligvis i 5 år efter afsluttet behandling. Patienterne følges intervaller på 3 måneder, stigende til 1 år, med gynækologisk undersøgelse,. Værdien af de kliniske efterkontroller er ikke dokumenteret.

### **Multidisciplinære teams**

Som oftest ikke relevant.

### **Kliniske retningslinier**

Retningslinier forventes udarbejdet af en arbejdsgruppe under DGC og efterfølgende fremlagt diskutere på møder i såvel DGC som DSOG. Indtil videre følger afdelingerne generelt retningslinier udarbejdet i DEMCA-projektet (Dansk EndoMetrieCancer). Projektet er imidlertid lukket.

Der pågår en betydelig diskussion i specialet, hvor værdi/nødvendighed af en bedre kirurgisk staging gennem lymfeglandelrømning selv på de meget tidlige stadier overvejes. Det forventes, at der kan opnås konsensus om en eventuel protokollert tilgang til behandlingsformen, således at spørgsmålet kan afklares. Diskussionen bevæger sig overvejende om nødvendigheden af en centralisering.

### **Andre gynækologiske cancerformer**

Ovarie-, endometrie- og cervixcancer udgør mere end 90% af de gynækologiske cancerformer. Blandt de resterende er vulvacancer og vaginalcancer de hyppigste, men de er numerisk sjældne, og behandlingen foregår på de fem universitetsafdelinger. Guidelines for behandling af vulvacancer er i høring.

### **Efteruddannelse**

Der er under DSOG skabt mulighed for at gynækologer kan gennemføre en ekspertuddannelse i gynækologisk onkologi. Efter DSOG's opfattelse bør ekspertuddannelsen resultere i uddannelse af eksperter på internationalt niveau, hvor formålet med ekspertuddannelsen er at sikre den individuelle

uddannelse af eksperter, som kan opfange nye udviklingstendenser. Kriteriet for ekspertuddannelsen er videnskabelige kvalifikationer på Ph.D niveau, teoretisk og klinisk, herunder ledelsesmæssige færdigheder på ekspertniveau, gennemførelse af et passende antal kurser, udbygget nationalt og internationalt kontaktnet, at lægen i uddannelsesfunktion har en vejleder, samt støtte fra arbejdsstedet. Det er således en ganske omfattende og ambitiøs efteruddannelse, men søgningen har været beskeden. Til dato har kun et mindre antal gynækologer afsluttet ekspertuddannelsen i gynækologisk onkologi. Der arbejdes imidlertid på nordisk plan (under Nordic Society of Gynecological Oncology) med en højere grad af formalisering af ekspertuddannelsen i gynækologisk-kirurgisk onkologi.

Der eksisterer i øvrigt ikke et formelt subspeciale - og derfor heller ikke formelle uddannelseskrav for varetagelse af funktionen, det er op til den enkelte afdeling. Ekspertuddannelsen er ikke anerkendt af Sundhedsstyrelsen, men i betragtning af den høje specialiseringsgrad er det ønskeligt, at der udarbejdes en fagområdebeskrivelse.

## **Monitorering**

### **Registrering & databaser**

Alle sygehuse har ved lov pligt til at indberette til landspatientregisteret, som for hver patientkontakt således indeholder oplysninger om udførte operationer, diagnoser og en lang række andre patientrelaterede data. Det har derfor været nærliggende at undersøge, hvorvidt LPR kan anvendes til kvalitetssikring. Det er undersøgt i det gynækologiske speciale<sup>15</sup>, og det er vist, at det med udgangspunkt i LPR er det muligt at give et samlet overblik over aktiviteten på den enkelte gynækologiske afdeling, og det har også vist sig muligt at kvantificere nøgleindikatorer for den kliniske kvalitet. Det er imidlertid langt fra problemfrit at anvende LPR, og en række data, som er nødvendige for kvalitetssikring på det gynækologisk-onkologiske felt, er ikke registreret.

Fra 1. januar 2005 er det obligatorisk for hele sundhedssektoren at indberette cancerdata til Sundhedsstyrelsen i elektronisk form.

Der er under DGC nu etableret en klinisk database, hvor samtlige gynækologiske afdelinger i Danmark er tilsluttet via en sikker internetforbindelse (MedCom), og hvor samtlige behandlende afdelinger fremover indberetter. Databasen vil indeholde de relevante indikatorer til kvalitetssikring af aktiviteterne i gynækologisk onkologi, samt en direkte indberetning til Landspatientregistret. Databasen vil blive hjørnesten i den fremtidige kliniske forskning og i den løbende kvalitetssikring af gynækologisk cancerbehandling.

Fra den 15. februar 2005 vil databasen modtage lister fra LPR med henblik på en vurdering og sikring af dækningsgraden.

### **Standarder & indikatorer:**

Frasat behandlingsgarantien på 14 dage fra henvisning til første undersøgelse og efterfølgende til behandling, er der ikke formuleret krav til standarder eller indikatorer indenfor gynækologisk onkologi.

---

<sup>15</sup> Landspatientregisteret til kvalitetssikring af det gynækologiske speciale, CEMTV/Sundhedsstyrelsen 2002.

## Forskning

Som en del af kommissorierne for de tre arbejdsgrupper nedsat af DGC, indgik at grupperne skulle være koordinerende organ for forskningsaktiviteter inden for arbejdsgruppens interesseområde.

Arbejdsgruppen for ovarie- og tubacancer er i færd med at registrere, hvilken forskningsaktivitet der er i gang inden for området, og til dette formål er afdelingerne anmodet om at indberette forskningsprojekter til DGC, alene med det formål at skabe overblik over igangværende forskning. Det vil give en mulighed for at påpege områder, hvor en forskningsindsats kunne være formålstjenlig. Arbejdsgruppen har anmodet om en tilbagemelding to gange årligt i henholdsvis april og oktober måned.

Den kliniske database i DGC-regi vil blive hjørnestenen i den fremtidige kliniske forskning inden for gynækologisk onkologi, og etablering af regionale/landsdækkende biobanker i relation til databasen vil skabe et betydeligt – uomgængeligt – forskningsmæssigt potentiale på området. Finansiering må sikres centralt.

## Perspektivering

### Organisation

- For hver af de tre 'store' gynækologiske kræftsygdomme (cervix-, endometrie- (corpus-) og ovariecancer) fastlægges krav til det relevante grundlag for den enkelte behandlende afdeling for så vidt angår
  - antal operationer årligt<sup>16</sup>, antal operationer pr. operatør (assistance tæller med en nærmere defineret faktor) og kvalifikations-/kompetencekrav til de opererende læger<sup>17</sup>.
  - Tilstedeværelse af obligate afdelinger 'in-house'<sup>18</sup> og etableret team-samarbejde internt i afdelingen/med tilgrænsende afdelinger
- Der udarbejdes en plan for en bedre dækning med screening for celleforandringer på cervix uteri
- Der udarbejdes en plan for at bedre praktiserende lægers opmærksomhed på ovariecancer
- Der udarbejdes planer for efterkontrol, palliation, terminal pleje m.v. af gynækologiske cancerpatienter

---

<sup>16</sup> Afdelinger, der opererer patienter med ovarie cancer og patienter med endometriecancer bør antageligt have et optageområde på 350.000 - 500.000 indbyggere, hvilket giver et patientgrundlag på mellem 35 og 50 patienter årligt for hver cancertype. . Dertil kommer et større antal operationer på mistanke om ovariecancer, således at det samlede antal relevante operationer vil lægge sig mellem 100 og 200 for det gynækologisk-onkologiske team.

Afdelinger, der opererer patienter med cervixcancer, bør have et optageområde på ca. 1.000.000 indbyggere, hvilket opfyldes af de fem gynækologisk-onkologiske landsdelsafdelinger. En nærmere vurdering er nødvendig og må bero på et skøn, nogen klar dokumentation for antal foreligger ikke.

<sup>17</sup> Alle canceroperationer skal udføres af speciallæger trænet i gynækologisk-onkologisk operationsteknik, såvel operatør som assistent. Dog kan speciallæger under (videre-)uddannelse i gynækologisk onkologi indgå som assistenter

<sup>18</sup> Kolorektal kirurgi (med kompetence i gynækologisk-onkologisk kirurgi), patologi, medicinsk onkologi, billeddiagnostik . Kan eventuelt være beliggende på nærliggende institutioner, forudsat at et formaliseret samarbejde er etableret.

### **Klinisk perspektivering**

- Det bør klarlægges - eventuelt indberettes med fastlagte intervaller - , om de af DGC (Dansk Gynækologisk Cancer) udarbejdede kliniske guidelines følges, herunder om afdelingerne følger de fastlagte
  - eksterne visitationsprocedurer (almen/speciallægepraksis)
  - procedurer vedrørende udredning<sup>19</sup>
  - operative procedurer
  - procedurer for efterkontrol
- Der skal udarbejdes guidelines for behandling af endometriecancer

### **Efteruddannelse**

- Der bør udarbejdes en kompetanceprofil for speciallæger med funktion i gynækologisk-onkologiske enheder på gynækologisk-obstetriske afdelinger.
- Der bør udarbejdes en fagområdebeskrivelse for gynækologisk onkologi
- På sigt bør arbejdes på en formaliseret lægelig efteruddannelse i gynækologisk onkologi. Herunder bør finansiering af uddannelsen beskrives
- Det fremtidige behov for uddannelse af gynækologisk-kirurgiske onkologer søges klarlagt (DSOG/DGC) efter fastsættelse af kompetencekrav & antallet af behandlende afdelinger (cf **Organisation**)
- Behovet for efteruddannelse af almenpraktiserende læger og praktiserende speciallæger i gynækologi bør vurderes

### **Monitorering**

- Alle afdelinger, der behandler patienter med gynækologisk cancer indberetter obligatorisk de relevante og af DGC fastlagte data til DGC's kliniske database
- Standarder og indikatorer fastlægges af DGC i samarbejde med DSOG.
- Det sikres, at indberettede data indeholder alle relevante og monitorerbare indikatorer.

### **Forskning**

- Det bør afklares, hvilken værdi kliniske kontroller efter behandling kan tillægges. I forlængelse heraf formuleres nye anbefalinger af DGC
- Der bør - i DGC-regi - etableres et landsdækkende samarbejde med henblik på protokollering af behandlingen af endometriecancer
- Indberetning til DGC's forskningsdatabase gøres obligatorisk
- Der etableres regionale/landsdækkende biobanker i relation til DGC-databasen

Hillerød, 30. maj 2005

Kim Toftager-Larsen

---

<sup>19</sup> Specielt for ovariecancer bør det klarlægges, om gynækologiske afdelinger/behandlende afdelinger anvender RMI i visitationen af patienterne