

Tillämpning av Nationellt vårdprogram Eitelial Äggstockscancer

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören § 43-2014-01-06, reviderad version giltigt till 2019-04-06
Utarbetad av Regional vårdprocessgrupp för äggstockscancer

Den Regionala medicinska riktlinjen (RMR) för epitelial äggstockscancer (ovarialcancer) har utarbetats i samarbete med Regionalt cancercentrum väst och är en anpassning till de lokala förhållandena i Västra sjukvårdsregionen (VGR och Halland) och baseras på det nationella vårdprogrammet (NVP) för Eitelial äggstockscancer från 2015 som utgör bakgrunds- och referensmaterial (länk: [Nationellt VP epitelial ovarialcancer](#)). RMR ska vara ett arbetsredskap för gynekologer, gynonkologer, sjuksköterskor, patologer och radiologer och det är arbetsgruppens målsättning att det ska revideras och uppdateras årligen.

Screening/Tidig diagnostik

Det finns idag inte tillräcklig evidens att införa allmän screening för ovarialcancer bland befolkningen.

Etiologi

Ovarialcancer är en heterogen grupp bestående av olika celltyper. Etiologin är multifaktoriell och ofullständigt kartlagd.

Riskfaktorer

Riskfaktorer för att drabbas av ovarialcancer är;

- ökad ålder
- genetiska mutationer (såsom BRCA1 och 2) [Riktlinjer hereditär bröst och äggstockscancer](#)
- få förlossningar
- endometriosis
- lång fertil period
- infertilitet/fertilitetsbehandling
- HRT och då framför allt om enbart östrogen givits

Minskad risk

- P-piller
- paritet
- amning
- sterilisering/tubarligation/hysterektomi
- salpingektomi
- P-pilleranvändande under 15 år ger halverad risk för ovarialcancer jämfört med kvinnor som aldrig använt p-piller. Användande av p-piller minskar även risken för ovarialcancer hos BRCA1- och BRCA2-mutationer.

Ärftlig ovarialcancer

Anamnes avseende cancerhereditet bör tas på alla patienter som insjuknat i ovarialcancer. Vid misstanke om ärftlig ovarialcancer bör patienten uppmanas kontakta eller erbjudas remiss till cancerogenetisk mottagning.

Det är för utvalda fall aktuellt med BRCA-analys inför optimerad målinriktad terapi vid recidiv.

Faktorer talande för ärftlig ovarialcancer är; fall av ovarialcancer vid låg ålder (< 40 år), flera fall av ovarialcancer i familjen, fall av bröstcancer vid låg ålder (< 40 år), bilateral bröstcancer, bröst- och ovarialcancer hos samma individ, fall av manlig bröstcancer och flera fall av kolon- eller endometrie-cancer.

P-pillar kan erbjudas mutationsbärare. Profylaktisk SOE bör erbjudas till mutationsbärare efter avslutat barnafödande eller vid cirka 40 års ålder. Vid profylaktisk SOE anges detta på PAD-remiss och det är viktigt med noggrann histologi av tubor. Hormone Replacement Therapy (HRT) kan erbjudas postoperativt (länk: [Riktlinjer hereditär bröst och äggstockscancer](#))

Sjukdomen diagnostiseras ofta i ett avancerat stadium och symtomen är ospecifika och vanligt förekommande i befolkningen. Symtom kan vara; utspänd buk, aptitlöshet, buk/bäckensmärta, viktnedgång, uttalad trötthet, ändrade avföringsvanor, urinträngningar, olaga eller postmenopausal blödningar och nydiagnostiserad trombos.

Spridningsvägar är främst längs peritoneala ytor och till pleura. Bildning av ascites och pleuravätska är vanligt förekommande. Lymfatisk spridning till körtlar i bäckenet eller paraaortalt förekommer. Fjärrmetastaser och spridning till lever/lungor förekommer i sent skede. Subileus/ileussyptom är vanligt förekommande men sjukdomen invaderar sällan tarmlumen. Vid normal gynekologisk undersökning och normalt CA 125 värde bör kvinnan uppmanas söka igen för ny bedömning vid tilltagande symptom. Ett ökat antal undersökningar kan leda till tidigare diagnos och bättre prognos vilket väger upp för oro hos kvinnorna.

Diagnostik och utredning

Diagnostik vid adnexexpansivitet, se bilaga 1.

Vid klinisk misstanke om ovarialcancer bör följande utföras eller övervägas:

- Anamnes inklusive hereditet
- Status: gyn, PR, bröst, buk, lymfkörtlar. Vid förstörade lymfkörtlar bör finspetscytologi utföras för stadiindelning.
- Tumörmarkörer: CA 125. Vid differentialdiagnostik överväg CEA och CA 19-9. Vid tarmsymtom och/eller CA 125/CEA-kvot < 25 överväg gastroenteral utredning; gastro/koloskopi. För kvinnor <40år överväg kompletterande provtagning med AFP, beta-hCG
- Gynekologiskt ultraljud med bedömning enligt ” pattern recognition” eller ” simple rules” (länk IOTA; <http://www.iotagroup.org/>) och uträkning av RMI.
- Vid RMI > 200 eller vid malignitetssuspekt ultraljudsbild (oberoende av RMI) ska patienten remitteras till utredande KK
- DT thorax och buk
- MRT eller PET-DT kan vara alternativ vid kontraindikation för kontrastförstärkt DT och som komplement vid avancerad bäckenexpansivitet
- Pleurocentes och laparocentes med cytologi vid pleuravätska respektive ascites
- Histologisk diagnos eftersträvas om neoadjuvant kemoterapi ska erbjudas. Cytologisk diagnos bör föreligga om histologi ej kan erhållas.
- Multidisciplinär konferens (MDK) bör övervägas när den fortsatta handläggningen inte är fullt klar. Remiss ställs till KK SU/S för MDK och beslut om vidare handläggning.

Stadieindelning

Den viktigaste prognostiska faktorn är sjukdomens utbredning. Stadieindelningen är kirurgisk och histologisk verifikation av diagnosen skall föreligga.

FIGO stadiindelning för ovarial-, tubar- och primär peritonealcancer 2013.

Stadium I

Tumören är begränsad till ovarium/ovarier eller tuba/tubor

IA Tumören är begränsad till ena ovariet med intakt kapsel eller en tuba. Ingen tumörväxt på ovariets eller tubans yta. Inga maligna celler i ascites eller buksköljvätska.

IB Tumören är begränsad till båda ovarierna med intakta kapslar eller båda tuborna. Ingen tumörväxt på ovariernas eller tubornas ytor. Inga maligna celler i ascites eller buksköljvätska.

- IC Tumören begränsad till ena eller båda ovarier eller tubor, med någondera av följande:
- IC1 Tumörruptur under operationen
 - IC2 Kapselruptur innan kirurgi eller tumörväxt på ovarial eller tubarytan
 - IC3 Maligna celler i ascites eller bukskölvätska

Stadium II Tumören engagerar ena eller båda ovarierna eller tuborna med utbredning i bäckenet (nedom linea terminalis) eller primär peritonealcancer

- IIA Tumörutbredning till och/eller implantationer på uterus och/eller tubor och/eller ovarier
- IIB Tumörutbredning till andra pelvina intraperitoneala vävnader

Stadium III Tumören engagerar ena eller båda ovarierna eller tuborna eller är en primär peritonealcancer, med cytologiskt eller histologiskt verifierad spridning till peritoneum utanför bäckenet och/eller metastasering till retroperitoneala lymfkörtlar

- IIIA1 Enbart cytologiskt eller histologiskt verifierade retroperitoneala lymfkörtelmetastaser
- IIIA1 (i) Alla metastaser ≤ 10 mm i största omfång
 - IIIA1(ii) Någon metastas >10 mm i största omfång
- IIIA2 Mikroskopiska extrapelvina (ovanför linea terminalis) peritoneala tumörmanifestationer med eller utan retroperitoneala lymfkörtelmetastaser
- IIIB Makroskopiska peritoneala extrapelvina (ovanför linea terminalis) metastaser ≤ 2 cm i största omfång, med eller utan retroperitoneala lymfkörtelmetastaser
- IIIC Makroskopiska peritoneala extrapelvina (ovanför linea terminalis) metastaser >2 cm i största omfång, med eller utan retroperitoneala lymfkörtelmetastaser. Inkluderar tumöregagemang av lever och mjältkapslar utan parenkymengagemang av något av dessa organ.

Stadium IV Fjärrmetastaser exkluderande peritonealmestastaser.

- IVA Pleuravätska med cytologiskt verifierade maligna celler
- IVB Parenkymmetastaser och/eller metastaser till organ utanför bukhålan (inkluderande inguinala lymfkörtelmetastaser och lymfkörtelmetastaser utanför bukhålan)

Stadium I kan inte anges för peritonealcancer. Substadium måste anges för samtliga stadier inklusive stadium IC och stadium IIIA1. Om stadium inte kan anges p.g.a. saknade uppgifter anges stadium X. Om substadium av samma skäl inte kan anges används IX, ICX, IIX, IIIA1X eller IVX. Detta skall endast ske i undantagsfall. Tumörutbredning från oment till mjälte eller lever (stadium IIIC) bör åtskiljas från isolerade parenkymatösa metastaser (stadium IVB).

Prognostiska faktorer

- Stadium är en av de viktigaste faktorerna för långtidsöverlevnad och bot
- Histologisk typ och grad är starka prognostiska faktorer vid tidig ovarialcancer
- Cystruptur är en ogynnsam riskfaktor
- Ålder är en oberoende prognostisk faktor vid epitelial ovarialcancer, då sjukdomen hos yngre kvinnor oftast diagnostiseras i ett tidigt stadium och har en högre differentieringsgrad.
- Lymfkörtelutrymning vid tidig ovarialcancer är viktig för korrekt stadieindelning och ger förbättrad progressionsfri överlevnad men ingen säkerställd överlevnadsvinst.

- Vid avancerad sjukdom är ålder, performance status, mucinös eller klarcellig typ samt resttumör efter primärkirurgi oberoende prognostiska faktorer.

Tumörmarkörer i blod

CA 125 påvisas i tumörceller och serum hos över 80 % av fall med icke-mucinös ovarialcancer. Vid mucinös ovarialcancer ses förhöjda värden endast i 30-40 %. CA 125 är inte specifikt för ovarialcancer. Det förekommer i celler från mesotel som utkläder peritoneum, pleura och pericard, speciellt i områden med inflammation och adherenser. För avancerad ovarialcancer, stadium II-IV är sensitiviteten ≥ 96 %, men för ovarialcancer stadium I är dock sensitiviteten låg, 50-70%. Vidare är specifik förhöjning av icke malign orsak vanlig hos premenopausala kvinnor.

CA 125 – referensnivå ≤ 35 enheter/ml

Indikationer för provtagning:

- Preoperativ malignitetsutredning hos kvinnor med misstänkt bäckenexpansivitet
- Postoperativ kartläggning inför start av kemoterapi
- Uppföljning under pågående kemoterapi för att följa terapieffekt (vid kur 3 och efter kur 6)

HE 4 (humant epididymisprotein 4): En lovande markör att användas preoperativt med högre sensitivitet framför allt vid tidiga stadier av ovarialcancer. Mycket talar för att en kombination av HE 4 + CA 125 har högre accuracy/diagnostisk tillförlitlighet, framförallt hos premenopausala kvinnor.

Behandling

Primärkirurgi

Primärbehandlingen för ovarialcancer, oavsett stadium, är kirurgi och bör utföras enligt kirurgiska principer för stadiindelning enligt nationellt vårdprogram (länk: [Nationellt VP epitelial ovarialcancer](#)).

Primärkirurgi vid tidig ovarialcancer (Stadium I)

Diagnosen tidig ovarialcancer fås vanligen postoperativt vid förmodad benign ovarialtumör. Iatrogen cystruptur bör undvikas. Huvudregel för kirurgi vid tidig ovarialcancer är laparotomi med buksköljvätska för cytologi, SOE bilateralt, total uterusexcision, omentresektion, peritoneala biopsier, appendektomi framförallt vid mucinösa ovarialtumörer samt lymfkörtelutrymning pelvint och paraaortalt bilateralt på utvalda fall enligt tabell. Då diagnosen många gånger sätts postoperativt får primärkirurgi vanligen utföras i ett två-stegsförfarande. Patienter där kompletterande primärkirurgi är aktuell bör diskuteras på MDK för att bedöma bästa möjliga individuella fortsatta behandling med eventuellt med kirurgi alternativt kemoterapi.

Fertilitetsbevarande kirurgi kan erbjudas i selekterade fall med ovarialcancer stadium IA (efter komplett stadiindelning) med histologisk grad 1 eller 2.

Rekommenderad lymfkörtelutrymning pelvint och paraaortalt bilateralt Stadium I

Stadium I	Histologisk Differentieringsgrad (Grade)		
	1	2	3
A	Nej	Ja	Ja
B	Nej	Ja	Ja
C	Ja	Ja	Ja

Lymfkörtelutrymning behövs ej utföras vid mucinös histologi

Målsättningen med primärkirurgi vid avancerad ovarialcancer är ingen makroskopisk eller palpatorisk kvarvarande tumör vid operationens avslut. Om det inte är möjligt att erhålla tumörfrihet bör man försöka operera bort så mycket tumör som möjligt och erhålla minsta möjliga tumör kvar vid operations slut. Laparotomi bör utföras enligt kirurgiska principer för stadiindelning enligt nationellt

vårdprogram. All carcinomatos bör försöka extirperas. Patologiskt förstörade lymfkörtlar bör extirperas, men en systemisk pelvin och paraaortal lymfkörtelutrymning rekommenderas inte, då det saknas evidens för dess värde.

Om det vid primär kirurgi inte kunnat utföras reducerande tumörkirurgi bör fallet diskuteras på multidisciplinär konferens (MDK) för ställningstagande till intervall kirurgi/fördröjd primärkirurgi, efter 3 (2-4) kurer med kemoterapi. Remiss skickas till KK SU för MDK efter kemoterapi kur 2 och DT buk/thorax utförs efter 3 kurer.

Neoadjuvant kemoterapi kan erbjudas till selekterade patienter enligt nationella riktlinjerna vid stadium IIIC-IV efter diskussion på MDK (länk: [Nationellt VP epitelial ovarialcancer](#)). Ställningstagande till fördröjd primäroperation bör ske vid MDK efter 3 (2-4) cykler med kemoterapi på likartat sätt som ovan.

Multidisciplinär terapikonferens (MDK)

Patienter som fått diagnosen ovarialcancer stadium I vid en första operation där kompletterande kirurgi är aktuell bör remitteras till MDK på SU för att bedöma och besluta den fortsatta handläggningen. Patienter med avancerad ovarialcancer bör remitteras för MDK preoperativt. Vid utvalda fall med avancerad ovarialcancer görs en bedömning om extensiv radikaloperation är möjlig eller om neoadjuvant kemoterapi med fördröjd primärkirurgi är att rekommendera.

Kemoterapi

Start av kemoterapi efter genomgången kirurgi rekommenderas inom 21-28 dagar.

Kemoterapi vid tidig ovarialcancer (stadium I)

- Patienter med stadium IA eller IB med grad 1 (högt differentierad=låggradig) har en utmärkt prognos med enbart kirurgi. Dessa patienter behöver ej genomgå lymfkörtelutrymning, men övriga kirurgiska ingrepp för stadieindelning rekommenderas. Postoperativt adjuvant kemoterapi är inte indicerat.
- FIGO-stadium I med grad 3 (lågt differentierad=höggradig) eller stadium IC, som genomgått kirurgisk stadieindelning inklusive lymfkörtelutrymning, rekommenderas adjuvant kemoterapi med karboplatin 6 cykler.
- FIGO-stadium IA eller IB med grad 2 (medelhögt differentierad), som genomgått radikal kirurgi och komplett kirurgisk stadieindelning (inklusive lymfkörtelutrymning), rekommenderas ingen postoperativ adjuvant kemoterapi.
- Fall där lymfkörtelutrymning rekommenderas men ej är utfört ges adjuvant kemoterapi med karboplatin och paklitaxel, 4-6 cykler.
- Vid mucinösa tumörer görs en individuell bedömning och behandling

Kemoterapi vid avancerad ovarialcancer (stadium II-IV)

- Förstahandskemoterapi består av karboplatin (AUC 5) och paklitaxel (175mg/m²) givet intravenöst var tredje vecka i sex cykler.

Alternativa förstahandsbehandlingar;

- Karboplatin (AUC 5-6) som singelbehandling givet intravenöst var 4:e vecka i sex cykler kan ges vid nedsatt allmäntillstånd och samsjuklighet
- ParaFaC (karboplatin, farmorubicin, cyklofosamid) givet intravenöst var 4:e vecka i sex cykler
- Intravenös pegylerat liposomalt doxorubicin i kombination med karboplatin givet intravenöst var 4:e vecka i sex cykler
- Veckovis paklitaxel i kombination med karboplatin givet intravenöst var 3:e vecka i sex cykler

Angiogeneshämmare

Angiogeneshämmare har ingen celldödande effekt utan förhoppningen är att cancertillväxten bromsas genom hämning av kärlnybildningen och att tumörprogression fördröjs.

Bevacizumab i kombination med karboplatin och paklitaxel efterföljt av bevacizumab singel var tredje vecka som underhållsbehandling kan övervägas. Patienter med icke-radikal kirurgi stadium III B – IV kan komma ifråga för denna behandling, förutsatt att kontraindikationer ej finns.

Övriga målinriktade läkemedel

Hänvisas till NVP,

www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/gynekologi/aggstockscancer/Natvp_ovarialcancer_v2.0_3jun15_final.pdf

Uppföljning och utvärdering

CA 125 användes för att följa effekten av kemoterapi och är den känsligaste och mest specifika icke-invasiva metoden för denna utvärdering. Dessa rekommendationer gäller även primär peritonealcancer samt tubarcancer. Sammanfattningsvis tas CA 125 inför start av kemoterapi, vid kur 3 och efter kur 6. Om tumör radikalitet ej uppnåtts vid primäroperation rekommenderas DT buk/thorax efter kur 6.

Efter avslutad primärbehandling med normalt värde på CA 125 rekommenderas inte kontroller innefattande provtagning av CA 125. Tidig upptäckt av recidiv, enbart grundat på stigande CA 125, har inte visat på någon överlevnadsvinst.

Uppföljning

Standard vid uppföljning är klinisk undersökning och skall registreras under 5 år enligt följande:

- Var sjätte månad år 1-3
- Årligen år 4 och 5

En förutsättning för dessa kontrollintervall är en hög tillgänglighet och återbesök vid nytillkomna symtom som ger misstanke om återfall. Kontaktsjuksköterskan har en viktig funktion för att patienten skall kunna signalera nytillkomna symtom och kunna erbjudas besök utanför kontrollintervall.

Patienter som genomgått fertilitetsbevarande kirurgi följs med klinisk gynekologisk undersökning inklusive vaginalt ultraljud och tumörmarkör, halvårsvis första fem åren och sedan årligen upp till tio år och efter barnafödande rekommenderas radikal kirurgi.

Hormonell substitutionsbehandling (HRT)

För patienter som efter genomgången primärbehandling försatts i iatrogen prematur menopaus kan HRT ges utan ökad risk för återfall eller försämrad överlevnad.

Utredning av återfall/recidiv

- DT thorax och buk
- CA 125
- Histologisk eller cytologisk verifikation av första recidiv eftersträvas
- MRT kan komplettera DT för kartläggning av recidiv i förhållande till angränsande organ inför eventuell avancerad kirurgi
- Andra diagnostiska metoder som PET-DT kan i enskilda fall utföras efter beslut på MDK

Behandling av återfall/recidiv

Kirurgi vid recidiv

Tumörreducerande recidiv kirurgi kan bli aktuellt på enstaka patienter där recidiv påvisats mer än 6 månader efter avslutad primärbehandling och på enstaka lokalisationer. Dessa fall bör diskuteras på multidisciplinär konferens. Selekerade fall kan erbjudas tumörreducerande recidivkirurgi om sannolikheten bedöms som stor för makroskopisk radikalitet vid operation.

Kemoterapi vid recidiv

Biverkningar och livskvalitet bör noga vägas emot möjlighet till behandlingseffekt

- Platinumfritt intervall är vägledande för terapival och bör diskuteras på onkologisk terapikonferens
- Vid recidiv med platinumfritt intervall > 6 månader väljs i första hand behandling med karboplatin i kombination med paklitaxel eller pegylerat liposomalt doxyrubicin, alternativt gemcitabin
- Vid recidiv med platinumfritt intervall < 6 månader bör monoterapi med icke-platinum preparat i första hand användas.
- Antitumoral behandling vid enbart biokemiskt recidiv (CA 125 förhöjning) rekommenderas inte utanför kliniska studier
- Ställningstagande till PARP- och angiogeneshämmare enligt nationella kriterier

Radioterapi vid recidiv

- Extern radioterapi kan övervägas vid lokal symtomgivande metastasering t.ex. bäckenrecidiv med tumörgenombrott till vagina.
- Palliativ radioterapi kan övervägas vid skelett- och hjärnmetastaser

Omvårdnad och understödande vård

Kontaktsjuksköterska

Vid cancerbeskedet ska varje patient erbjudas en kontaktsjuksköterska på den cancervårdande kliniken. Syftet är förbättrad information och kommunikation mellan vård, patient och närstående, samt att stärka både patientens och de närståendes möjligheter till delaktighet i vården. Kontaktsjuksköterskan närvarar vid cancerbeskedet och ger stöd utefter patient och närståendes behov. Visitkort med namn och telefonnummer lämnas till patient och närstående. I de fall patienten opereras på KK/SU ska patienten erbjudas kontaktsjuksköterska på både SU och hemortssjukhuset.

Min vårdplan

En individuell skriftlig vårdplan, kallad Min vårdplan, bör tas fram för varje patient med cancer. Min vårdplan upprättas vid cancerbeskedet och uppdateras kontinuerligt. Namnet Min vårdplan tydliggör att vårdplanen skrivs för och med patienten.

Brytpunktsamtal dokumenteras.

Palliativ vård

Ovarialcancer kräver palliativ vård likartad som vid andra cancersjukdomar och omfattas av detNVP för palliativ

vård (länk [Nationellt VP för palliativ vård](#)). Några specifika symtom som är vanliga vid ovarialcancer är tarmobstruktion, nutritionssvårigheter, ascites och pleuravätska. Tarmobstruktion är vanlig och i tidiga skeden kan kirurgi diskuteras. I sena skeden är konservativ behandling att föredra, genom läkemedel mot illamående, kräkningar, molvärk och koliksmärta.

Det finns otillräcklig evidens för att ge bestämda riktlinjer för nutritionsbehandling. Det är emellertid viktigt att vid ovarialcancer, där risken för tarmhinder är stor, att skilja mellan svälttillstånd och kakexi. En patient som blir undernärd, till exempel på grund av tarmhinder, kan jämföras med svält. I sådana fall kan näringstillförsel öka livskvaliteten. Symtomgivande ascites och pleuravätska kan behandlas genom laparocentes respektive pleuratappning för att öka välbefinnandet.

Patientinformation/patientföreningar

Patientföreningen vid gynekologisk cancer Gynsam; www.gynsam.se/gynsam/extern/

Föreningen Ung Cancer vänder sig till patient eller närstående mellan 16 och 30 år; www.ungcancer.se/

Borderline tumörer/BOT

Ovarialtumörer där stromainvasion saknas är ett förstadium till invasiva låg-gradiga tumörer. Utgör 15-20 % av epiteliala tumörer och flertalet diagnostiseras i stadium I. Prognosen är mycket god.

- BOT hos postmenopausal kvinna behandlas kirurgiskt efter samma principer som vid invasiv cancer med undantag för lymfkörtelutrymning
- BOT hos kvinna med fertilitetsönskan behandlas med fertilitetsbevarande kirurgi (unilateral SOE eller vid bilaterala tumörer cystektomi/ovarialresektion) samt kirurgiskt ingrepp för stadiindelning inkluderande buksköljväska, omentresektion, multipla biopsier och appendektomi vid mucinösa ovarialförändringar
- Vid invasiva implantat rekommenderas radikal kirurgi med noggrann genomgång av bukhålan och exstirpation av synlig tumör som vid ovarialcancer (oavsett fertilitetsönskan)
- Vid invasiva implantat och mucinös tumör bör metastaserande gastrointestinal cancer uteslutas
- Det finns ingen evidens för att rekommendera adjuvant kemoterapi vid BOT

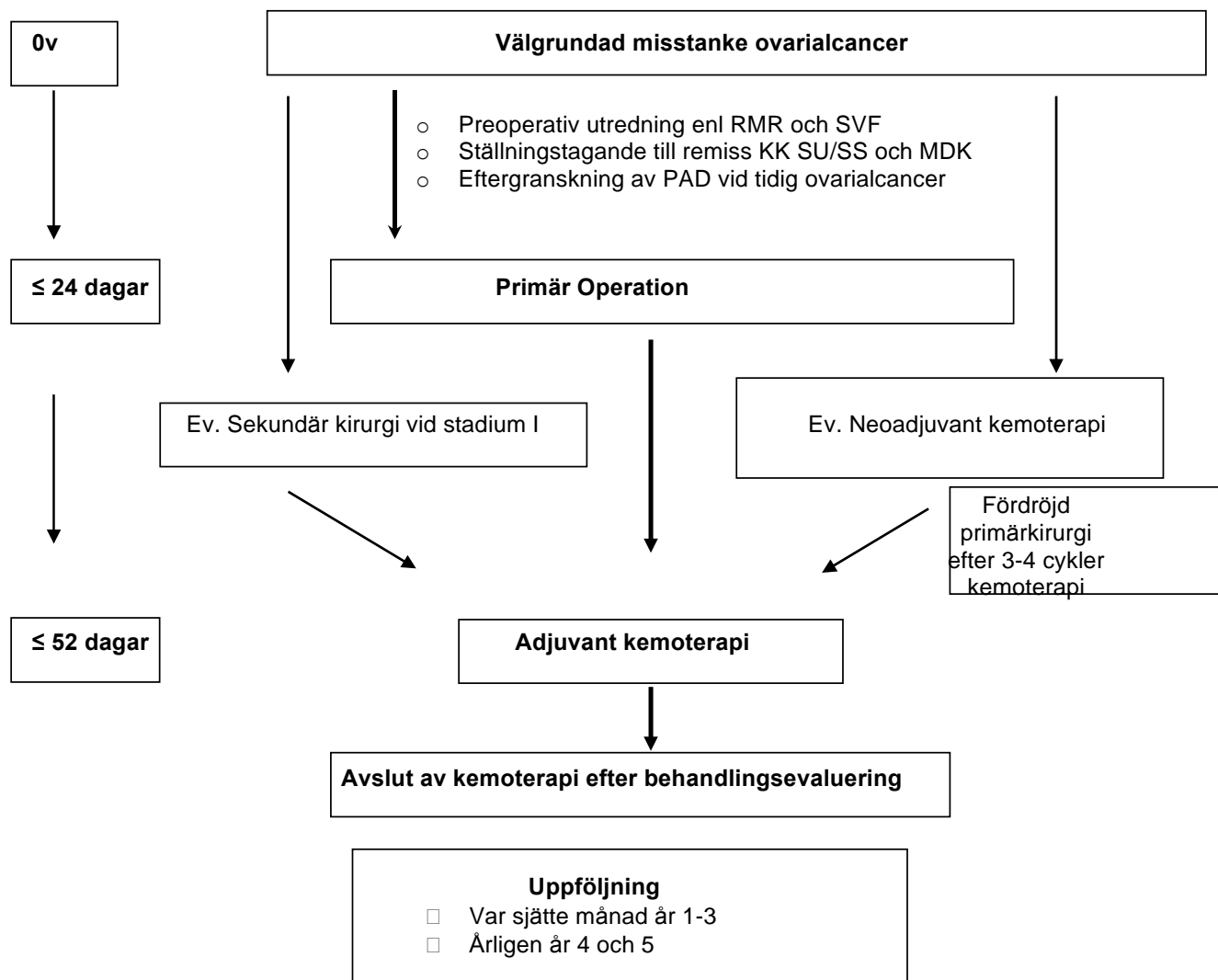
Recidiv behandlas kirurgiskt

- Vid tidigare fertilitetsbevarande kirurgi och fortsatt fertilitetsönskan utförs ånyo konservativ kirurgi om möjligt
- Vid tidigare fertilitetsbevarande kirurgi och fullbordat barnafödande rekommenderas radikal kirurgi
- Vid tidigare radikal kirurgi utförs tumörreducerande kirurgi som vid invasiv ovarialcancer

Uppföljning av BOT

- Uppföljning hos radikalt opererat kvinna stadium I är endast ett besök 3-6 mån postoperativt och därefter rekommenderas inga ytterligare kontroller
- Vid högre stadium rekommenderas som vid invasiv ovarialcancer
- Vid fertilitetsbevarande kirurgi rekommenderas halvårsvis kontroller under 5 år och årligen upptill 10 år

Processkarta/Flödesschema Ovarialcancer



Arbetsgrupp

Processägare

Pernilla Dahm Kähler, Överläkare KK SU/S, Regional processägare Ovarialcancer

Karin Bergmark, Överläkare, Jubileumskliniken SU/S, Regional processägare Gynekologisk Onkologi

Representanter från Västra sjukvårdsregionen

Maria Lindblom, Överläkare KK, NU-sjukvården

Henrik Leonhardt, Överläkare, Radiologi SU/S

Elisabeth Lillo, Överläkare KK, SÄS

Inga Niklasson, Specialistsjuksköterska KK, NU-sjukvården

Christina Rydberg, Överläkare, KK Region Halland

Maria Widmark, Överläkare KK SkaS

Maria Dimoula, Specialistläkare, Jubileumskliniken SU/S

Claudia Mateoiu, ÖI, Med Dr, Patologi SU/S

Regionalt cancercentrum väst

Malin Samuelsson, Utvecklingsledare vård

Susanne Amsler Nordin, Administrativ koordinatör

Christian Staf, Statistiker

Bilaga 1

Flödesschema

Flödesschema för diagnostisk utredning av komplexa adnexexpansiviteter

