

## 6. Opfølgning

Patienten skal efter endt behandling have en individuel opfølgningsplan tilrettelagt med udgangspunkt i patientens behov og faglige retningslinjer. En del ikke somatiske behov kan varetages af relevante tilbud i Region og kommune – også hos patienter behandlet for ovariecancer.

Den individuelle opfølgningsplan skal målrettes behov for rehabilitering i forhold til almentsymptomer efter endt intensiv behandling. I relation til kræft i æggestokkene bør der specifikt tages stilling til behov for opfølgning og evt. hjælpemidler pga. senfølger og bivirkninger til primær behandling – herunder lymfødem, neuropati, hormon mangel symptomer, tarmproblemer generelt og i relation til evt. stomi.

Opfølgning efter primær behandling for kræft i æggestokken mhp recidiv diagnostik er omdiskuteret. Risikoen for recidiv er i stadium I-II ca. 15-30 %, mens den ved stadium III-IV er ca. 80 %. Hyppigst vil recidiverne være lokaliseret til bughulen, men spredning til lever, lunger, hjerne og knogler ses dog også.

Stigning i CA-125 vil ofte være første tegn på recidiv og observeres hos 2 ud af 3 patienter før klinisk recidiv kan erkendes [1]. Da CA-125 ikke er specifik kan den ikke anvendes til at monitorere alle forskellige vævstyper. Forhøjet CA-125 observeres i gennemsnit 3-6 måneder før klinisk påviseligt recidiv [1, 2]. Et europæisk randomiseret multicenter studie med 529 patienter viste, at tidlig opsporing af recidiv efter kemoterapi ikke øgede overlevelsen hos patienter behandlet for ovariecancer, uanset valg af metode til opsporing. Man fandt, at tidlig recidivbehandling med kemoterapi givet ved CA-125 stigning nedsatte livskvaliteten og øgede antallet af behandlinger (i form af kemoterapi), men øgede ikke overlevelsen sammenlignet med start på recidivbehandling ved klinisk erkendeligt recidiv [2].

Data fra et nyligt gennemført europæisk multicenter RCT vedrørende kirurgi ved første gangs recidiv af ovariecancer viser en forbedret progressionsfri overlevelse (PFS) og tid til første start på næste behandling (TFST) på hhv. 5,6 og 7,1 måneder ved operation+kemoterapi sammenlignet med kemoterapi alene [3].

Udover den patientrelaterede behovsvurdering bør rutinemæssig opfølgning og undersøgelser planlægges under hensyntagen til ovenstående. Som minimum bør alle patienter dog få foretaget en CT-scanning 6 måneder efter endt kemoterapi, for at kende status for platin-følsomheden, da dette er afgørende for valg af evt. recidivbehandling.

Patienter, som kan være kandidater til recidiv kirurgi i henhold til AGO kriterierne (primær radikal operation (R0), god performance status), bør tilbydes et opfølgningsforløb med henblik på at diagnosticere recidivet. Der foreligger ikke data, der fastslår det ideelle tidspunkt for recidivkirurgi. Diagnostik af recidiv på baggrund af symptomer kan være vanskeligt, da mange patienter oplever en del behandlingsrelaterede bivirkninger, især under vedligeholdelsesbehandling, der minder om symptomer ved recidiv. Patienter med platinfølsom ovariecancer, der opfylder kriterie for recidiv kirurgi (se i øvrigt afsnittet om recidivkirurgi), bør derfor tilbydes opfølgning i minimum 24-36 måneder, inden for hvilket tidsrum langt de fleste recidiver opstår. Opfølgning kan med fordel inkludere regelmæssig måling af CA-125 hos denne gruppe patienter, da CA-125 måling er den mest sensitive test for tidlig erkendelse af recidiv.

Det er uvist om tidlig detektion af recidiv blandt de patienter med tidligt stadie af ovarie cancer, der ikke har modtaget adjuverende kemoterapi har en værdi i forhold til prognose. Denne patientgruppe er ikke omfattet af de refererede undersøgelser. Gruppen er kemoterapi-naive og kan derfor teoretisk set forventes at have effekt af kemoterapi, men der findes ingen evidens i den eksisterende litteratur for

konsekvensen af opfølgning baseret på f.eks. CA-125 måling eller billeddiagnostiske metoder, på livskvalitet og overlevelse i denne gruppe. Opfølgning af denne karakter vil derfor være baseret på en teoretisk overvejelse om potentiel værdi af platin-baseret kemoterapi til kemoterapi-naive, platinsensitive recidiver. En samlet litteraturgennemgang fra den Hollandske gruppe i **Nejmegen (4) ref indsættes** konkluderede, at der ikke findes data i litteraturen, der støtter denne teoretiske overvejelse.

Patienter kan have behov for perioder uden behandling. Det individuelle valg mellem tid til start på næste behandling og forlænget samlet overlevelse må diskuteres nøje med den enkelte patient set i lyset af bivirkninger til planlagt recidivbehandling. Den løbende diskussion – både i relation til eventuel recidiv kirurgi eller kemoterapi kan medføre behov for løbende justeringer i den individuelle opfølgningsplan.

Patienter med st IA-IB, grad I ovariecancer, samt patienter, der ikke har ønsket at modtage kemoterapi følges på de gynækologiske afdelinger. Alle andre patienter vil få opfølgning på onkologisk afdeling. De patienter, der indgår i protokolleret behandlingsforløb, følges iht. disse.

Der er i DGCG-regi aktuelt et landsdækkende projekt om opfølgning af patienter med ovariecancer. <http://www.cffb.dk/projekter/projekt-7/promova/> Dette er netop baseret på den individuelle opfølgning, omfattende afprøvning af et beslutningsstøtteværktøj <http://www.cffb.dk/projekter/projekt-7/beslutningsstoettevaerktøj/> til at understøtte fælles beslutningstagning.

Patienter med Borderlinetumorer, stadium IA-IC med radikal operation kan afsluttes. Patienter, der har fået foretaget fertilitetsbevarende kirurgi tilbydes et individuelt opfølgningsforløb.

#### **Evidens:**

|                                                                                                                                           | <b>Evidensgrad</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| CA-125 måling mhp tidlig start af recidiv kemoterapi øger ikke overlevelsen.                                                              | Ia                 |
| Patienter synes at få mest ud af et opfølgningsprogram, de har indflydelse på.                                                            | III                |
| AGO positive patienter kan opnå forlænget PFS og TFST ved kirurgisk behandling og kan derfor tilbydes opfølgning inklusiv måling af CA125 | Ia                 |

#### **Anbefalinger**

|                                                                                                                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| CA-125 bør kun måles, hvis patienten er kandidat til recidiv kirurgi eller når pt udtrykker behov herfor.                                                          | A   |
| Patienter bør have indflydelse på deres opfølgning.                                                                                                                | B-C |
| Patienter med platinfølsom ovariecancer uden aktiv behandling, der var makroradikalt opereret på diagnosetidspunktet, bør følges regelmæssigt i minimum 36 måneder | C   |
| Status CT scanning bør som minimum foretages 6 mdr. efter endt kemoterapi af hensyn til eventuel recidiv behandling                                                | A   |

## **Referencer**

1. Geurts SM, de Vegt F, van Altena AM, van Dijck JA, Tjan-Heijnen VC, Verbeek AL, et al. Considering early detection of relapsed ovarian cancer: a review of the literature. *International journal of gynecological cancer : official journal of the International Gynecological Cancer Society*. 2011;21(5):837-45.
2. Rustin GJ, van der Burg ME, Griffin CL, Guthrie D, Lamont A, Jayson GC, et al. Early versus delayed treatment of relapsed ovarian cancer (MRC OV05/EORTC 55955): a randomised trial. *Lancet (London, England)*. 2010;376(9747):1155-63.
3. Du Bois AV, I.; Ferron, G., Reuss, A.; Meier, W.; Gregg S. et al. . Randomized controlled phase III study evaluating the impact of secondary cytoreductive surgery in recurrent ovarian cancer: AGO DESKTOP III/ENGOT ov20. *J Clin Oncol*. 2017; (suppl; abstr 5501)(35).