

1. Nyhedsbrev DGCG- 3. kvartal 2023

Kære alle med interesse for gynækologisk cancer i Danmark.

Dette er ur-udgivelsen af Dansk Gynækologisk Cancer Gruppens (DGCG) nyhedsbrev. Formålet er at informere alt fagpersonale med interesse for gynækologisk onkologi om udviklingen inden for specialet, nye behandlingsmetoder, skelsættende resultater og fremtidige møder.

Nyhedsbrevet er tænkt at udkomme tre gange om året. Ønsker man at abonnere kan man kontakte DGCG sekretær Louise Topp på louise.topp.01@regionh.dk.

God opdateringslyst, Mikkel Rosendahl, Formand DGCG

LinkedIn

DGCGs LinkedIn profil opdateres løbende med nye resultater og anden relevant viden. Søg på Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe eller <https://www.linkedin.com/company/dansk-gyn%C3%A6kologisk-cancer-gruppe/>

Guidelines

Der er en høj og vedvarende produktion af nye guidelines og opdatering af eksisterende. Alle har mulighed for at tilgå guidelines på DGCG's hjemmeside DGCG.dk

Årsmøde

Alle interesserede kan tilmelde sig DGCG's årsmøde 12.4.2024. Detaljeret information vil fremgå af DGCG's hjemmeside DGCG.dk

Seneste nyt:

DGCD

Dansk Gynækologisk Cancer Database (DGCD) ændrer indhold og form. Databasen i sin tidligere form lukker og en ny opstår. Den nye database vil være baseret på træk fra Patobank, Landspatientsregisteret (LPR3) og de elektroniske patientjournaler. Dette arbejde sker i samarbejde mellem Databasestyregruppen og RKKP (Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram) og er en pågående proces. Det forventes at tage minimum et år før dette arbejde er tilvejebragt. Af samme grund har bestyrelsen i DGCG besluttet, at der ikke udkommer en årsrapport for 2022-23, da data ikke vil være fyldestgørende og valide.

Kirurgisk behandling

Ovariecancer

Der har været en positiv udvikling det seneste årti i behandling af ovariecancer udvikling i både kirurgisk og medicinsk behandling af ovariecancer.

På den kirurgiske side har et randomiseret kontrolleret studie vist, at HIPEC – Hypertermisk Intraperitoneal Chemotherapy, der administreres peroperativ til patienter med ovariecancer, der modtager komplet tumorresektion ved intervalkirurgi, har en overall survival gevinst på 12 måneder i forhold til gruppen, der ikke modtog HIPEC (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1708618>). Dette har medført, at

patienter i Danmark, der opfylder ovenstående studies kriterier, kan tilbydes HIPEC ved intervalekirurgi – dog i protokolleret regi i HERA studiet, der ledes af Lone Kjeld Petersen, OUH.

Desuden deltager Danmark i et randomiseret kontrolleret studie, OVHIPEC-2, der vurderer effekten af HIPEC til primær kirurgi for ovariecancer stadium IIIA-IV uden ekstraabdominal sygdom, der kan få receseret tumor til maks 3 mm resttumor.

Cervixcancer v/ *Pernille T. Jensen, Formand DGCG cervixgruppe*

I 2023 har vi publiceret to væsentlige og længe ventede retningslinjer for udredning og kirurgisk behandling af tidlig cervixcancer. Den bagvedliggende evidens er nøje gennemgået i retningslinjerne men her er de væsentligste ændringer i forhold til tidligere retningslinjer:

1. Der anbefales rutinemæssig MR skanning til alle patienter med cervixcancer stadium $\geq$ IB. Dette gælder også patienter der har fået foretaget konus med fund af tumor med overfladisk invasionsdybde (mulig stadium IA) og ikke fri rand for tumor endocervikalt for at afdække intracervikalt beliggende tumor.
2. Der anbefales ikke længere rutinemæssig PET/CT skanning til alle patienter med stadium IB pga stor risiko for falsk positive og falsk negative fund. Der anbefales alene rutinemæssig PET/CT skanning til patienter med cervixcancer $\geq$ IB3

Alle patienter, der kirurgisk behandles for cervixcancer i DK får foretaget sentinel node mapping og denne metode er overordentlig sikker til at identificere lymfeknudemetastaser. Forvaltningen af ovenstående ændring kan være vanskelig og kræver mental tilvænning og logistisk procedureændring i det multidisciplinære team. Der er enighed om at vi tilgår denne ændring med en vis "large-ness", således at, er man i tvivl om tumorstørrelsen $<$ eller $>$ 4 cm ved visitation eller amb. forundersøgelse er det ok at bestille PET/CT skanning.

3. For størstedelen af patienter med FIGO 2018 stadium IA, er det sufficient at få foretaget et konservativt indgreb på uterus (konus, simpel hysterektomi, collumamputation/simpel trachelektomi). For en lille gruppe med udbredt LVSI og tumor >17 mm anbefales dog radikal hysterektomi type B pga risiko for lymfeknudemetastaser i parametriet.

Cervixgruppen gør opmærksom på at den tilgængelige litteratur om sikkerhed ved konus for FIGO 2018 stadium IA omhandler yngre kvinder med fertilitetsønske og ikke nødvendigvis kan appliceres på ældre kvinder.

4. Cervixcancer stadium IB1 kan tilbydes robotassisteret kikkertkirurgi. Der bør ikke anvendes uterinmanipulator mens vaginalprobe er acceptabelt. Der anbefales anvendelse af en beskyttende procedure ved kolpotomi, hvis der er synlig tumor
5. Cervixcancer stadium $\geq$ IB2 anbefales operation ved åben adgang (laparotomi)
6. Det anbefales, at kirurgen er bevidst om og tilpasser radikaliteten af den radikale hysterektomi til tumorstørrelse i henhold til "Querly-Morrow Classification of Radical hysterectomy"
7. Ved vurdering af indikation for kirurgisk lymfeknudestaging for stadium IA tages der både hensyn til tumorstørrelse og udbredelsen af LVSI (ingen, fokal eller udbredt). Der henvises til flowchart i retningslinjen
8. Der anbefales rutinemæssig SLN mapping som eneste lymfeknudediagnostik til patienter med FIGO 2018 stadium IA (ved indikation) og stadium IB1 (tumor ≤ 2 cm)

9. Der anbefales både SLN mapping og radikal pelvin lymfeknudefjernelse til patienter med tumor >2 cm samt ved operation for stadium IB3 og IIA1.

Onkologisk behandling v/ Trine Nøttrup, Onkologisk afdeling, Rigshospitalet

Inden for systemisk onkologisk behandling af gynækologisk kræft er vi gennem de sidste år blevet forvænt med nye og virksomme behandlinger både til kvinder med første tilfælde af gynækologisk kræft og ved behandling af tilbagefald. Mange af de nye behandlinger er afhængige af tumorspecifikke markører eller mutationer. Derfor bliver alle patienter ikke tilbudt de samme behandlinger. Til gengæld er der større mulighed for, at den givne behandling er effektiv.

Kvinder med æggestokkræft testes for mutationer i BRCA-genet. Mutationerne kan både være arvelige (de hyppigste) og udelukkende forekomme i kræftcellerne (de sjældneste). Omkring 20% af danske kvinder med æggestokkræft har en BRCA-mutation. Vi undersøger endvidere for HRD (homolog rekombinant deficiency), som er samling af mutationer i kræftcellerne, der reducerer cellernes kapacitet til at reparere DNA skader. Ved forekomst af BRCA eller HRD tilbydes kvinder med æggestokkræft, i stadium III eller IV, tabletbehandling med en ParP-inhibitor (Olaparib® i 2 år eller Niraparib® i 3 år), efter endt kemoterapi. Denne behandling er særdeles effektiv til at forsinke tilbagefald af æggestokkræft og i en del tilfælde endda forhindre tilbagefald. Der er vist overlevelsesgevinst ved brug af Olaparib® til kvinder med BRCA-mutationer.

Cervixcancer er en sygdom der oftest kureres med operation eller kemo-stråleterapi. I sjældne tilfælde er der metastaser ved diagnosen og ca. 60 kvinder får tilbagefald af cervixcancer hvert år. Ved primære metastaser eller tilbagefald har behandlingen indtil nu primært været kemoterapi med tillæg af en vækstfaktorhæmmer (Bevacizumab®). Nu har Medicinrådet godkendt en behandling, hvor man lægger immunterapi (Pembrolizumab®) oveni den hidtidige behandling. Dvs. kvinderne får tilbudt intravenøs behandling med fire stoffer, to slags kemoterapi, en vækstfaktorhæmmer og en slags immunterapi. Behandlingen gives hver 3. uge i op til 2 år. Kemoterapi gives som regel udelukkende i de første 18-24 uger. Behandlingen har medført at medianoverlevelsen er øget fra 16,5 måneder til 28,6 måneder. Behandlingen forudsætter at kræftvævet er testet for immunterapifølsomhed, ved en PD-L1 test, hvor man måler CPS (combined positive score). CPS skal være over eller lig med 1, for at der tilstrækkelig effekt af behandlingen. Dette er tilfældet for ca. 90 % af kvinderne. Desuden skal kvinderne have en god nyrefunktion og være i god almentilstand. Derfor vil denne behandling ikke kunne tilbydes alle kvinder med metastaser eller tilbagefald. Medicinråde har estimeret at der vil være ca. 28 kvinder årligt i Danmark, som får tilbudt behandlingen. Forhåbningen er at nogle af disse kvinder vil blive langtidsoverlevende, trods udbredt kræftsygdom.

For kvinder med endometriecancer er immunterapi også en behandlingsmulighed. Her forudsætter behandlingen at tumorvævet testes for mikrosatellitinstabilitet (MSI). De kvinder som har MSI-H, høj instabilitet, har en langt bedre effekt af immunterapi. MSI-H findes hos ca 30% af kvinder med endometriecancer. De kan nu blive tilbudt immunterapi ved tilbagefald af endometriecancer. Behandling med immunterapi kommer først på tale, hvis platinholdig kemoterapi ikke har effekt, eller ved tilbagefald < 6 mdr. efter seneste kemoterapi med platin. De allernyeste studier fra foråret 2023 viser desuden, at kemoterapi sammen med immunterapi giver en forbedret overlevelse til kvinder, med første forekomst af udbredt endometriecancer. Denne kombinationsbehandling er endnu ikke godkendt af Medicinrådet, så den kan ikke tilbydes rutinemæssigt.