

29. juni 2009

## **Ovariecancermøde mellem de gynækologisk-onkologiske enheder på universitetscentrerne:**

Aalborg  
Herlev  
Odense  
RH  
Skejby

### **Kongebrogården Middelfart torsdag, 25. juni 2009**

- Kl. 10.00 – 10.15      Velkomst. Lene Lundvall
- Kl. 10.15 – 11.30      Lands / afdelingsbaseret DGCD statistik  
(overlevelse inkl. 1 års-overlevelse, henvisningsmønster til neoadjuverende kemoterapi). Claus Høgdall
- Kl. 11.30 - 12.30      Hvad er ”optimal debulking”. Litteraturgennemgang. Ole Mogensen
- Kl. 12.30 – 13.30      Frokost
- Kl. 13.30 – 14.00      Ekstensiv kirurgi i DK, DGCD. Claus Høgdall
- Kl. 14.00 – 15.30      Ekstensiv ovariecancer protokol i DK (medsendes som bilag).  
Ole Mogensen, Jørn Herrsted, Berit Jul Mosgaard, Claus Høgdall
- Kl. 15.30 – 17.00      Neo-adjuverende kemoterapi, fælles retningslinjer. Hanne Havsteen
- Kl. 17.00 – 17.30      Anvendelse af Tachosil i gyn-onkologien. Ole Mogensen  
Kl. 17.20 – 18.00      Diskussion, nyt møde, small talk under hyggelig spadsertur.
- Kl. 18.00                  Middag (separat tilmelding til middag kræves)

Tilmelding senest d. 18/5 til Ole Mogensen, [ole.mogensen@ouh.regionssyddanmark.dk](mailto:ole.mogensen@ouh.regionssyddanmark.dk)

Der udsendes indbydelse til 2-3 gyn-onk overlæger på hver afdeling, som dernæst indbyder udvalgt personale fra afdelingen. Der er et loft på 25 deltagere.

Mødet betragtes som et lukket møde for ovenstående afdelinger med tavshedspligt over for statistiske data.

Venlig hilsen  
Lene Lundvall  
Claus Høgdall  
Ole Mogensen

**Referat af 2. Kongebrogaard møde 25/6 2009 klokken 10.00 - 17.30  
vedrørende Ovariecancer mellem de gynækologisk-onkologiske enheder på  
universitetscentrerne: Aalborg Herlev Odense RH Skejby**

**SPONSOR: Nycomed.**

**Deltagere:** Ålborg: Åge Knudsen,  
Herlev: Connie Palle, Berit Mosgaard, Hanne Havsteen (onkol. afd.)  
Odense: Ole Mogensen, Niels Kryger-Baggesen, Henrik Lajer og PhD  
          studerende Anne Brøchner  
RH: Lene Lundvall, Claus Høgdall, Lian Ulrich  
Skejby: Charlotte Hasselholt Søgaard, Thora Christiansen

1. **Formanden (Lene Lundvall)** bød velkommen.
2. **Claus Høgdall** gennemgik data fra DGCD herunder den rå overlevelse ved stadium IIIC og IV ovariecancer i Danmark. Der er overraskende mange borderline tumores i materialet – 22%. Der var fortsat ingen statistisk signifikant forskel på overlevelse 2005-7 mellem universitets-afdelingerne. Dækningsrate 97%. Data dækker over ændringer i behandlingsstrategier gennem de tre år, hvorfor man aftalte, at

**Aktion CH: data skal brydes op, således at det fremgår hvad overlevelsen er indenfor de enkelte år.**

Der er fortsat problemer med at få onkologerne – særlig på RH og i Århus – til at taste ind i DGCD. Problemerne skyldes formodentlig ikke generel uvilje men for stort arbejdspress på de onkologiske afdelinger.

Data i DGCD er unikke i og med, de indeholder alle data for et helt land og ikke kun for en selekteret gruppe på et hospital. CH opfordrede til at data efterhånden skal publiceres f.eks. via dannelse af skriveklubber.

Man diskuterede mulighederne for at lægge opdaterede data på hjemmesiden ud over årsrapportens. Det strandede på datalovgivning og at der ikke må lægges ukommenterede data ud.

CH gennemgik derefter fejl og mangellister. Der mangler i øjeblikket 10,6% hvor der er forkerte oplysninger eller manglende indtastninger. DGCD holdes op mod LPR – i de fleste tilfælde er DGCD korrekt. Årsskiftet giver problemer da ptt. kan have haft obs. diagnose i LPR før et årsskifte og så får endelig diagnose i DGCD efter årsskiftet evt. på andet hospital. Mange er fejldiagnoser frem for mangler. Nogle må rettes manuelt i DGCD sekretariatet. CH gennemgik endvidere muligheder i analyseportalen for analyse af egne afdelingsspecifikke data.

### 3. Ole Mogensen (OM) gennemgik litteraturen vedrørende ”optimal debulking”.

- a. Du Bois: Cancer 2009, 115: 1234-44
- b. Winter J.Clin.Oncol. 2007(25):3621-7
- c. DGCD data: Overlevelseskurver i relation til resttumor fra 2005-9

Disse viser signifikant bedre overlevelse ved makroradikal operation (ingen synlig resttumor) i forhold til både optimal (under 1 cm residualtumor) og ikke optimal debulking. Endvidere er der signifikant bedre overlevelse ved efterladt tumor under 1 cm sammenlignet med residualtumor over 2cm, men ikke i forhold til efterladt tumor mellem 1 og 2 cm..

OM konkluderede:

Operation planlægges kun når radikal abdominal operation vurderes mulig.  
Stadium IV behandles som stadium III.  
Neo-adjuverende kemoterapi til ”ikke-operable”  
Sekundær debulking efter 3 (2?) serier kemoterapi  
Debulking til <10 mm hvis radikal operation peroperativt ikke findes mulig

Indikationer for Neoadjuverende kemo:

Alvorlig co-morbiditet og/eller biologisk alder >75-80 år  
Abdominale glandelmetastaser over nyreveniveau  
Indvækst i porta-hepatis området  
Indvækst omkring a. mesenterica superior.  
Ikke resektabel peritoneal carcinose.

Der var generel enighed om ovenstående.

### 4. Hanne Havsteen (HH) gennemgik.

Interval-debulking:

EORTC: Van der Burg MEL et al NEJM 1995; 332: 629-34: med 278 ptt st II B – IV ikke alle opereret af gyn. onkolog og ikke up-to-date kemoterapi. Studiet vist øget overlevelse ved interval debulking.

GOG 152: Rose PG et al NEJM 2004; 351: 2489-97. Med n=425 og maximal men suboptimal debulking af gynækologisk onkolog . Disse ptt. fik optimal kemoterapi med Paclitaxel og Cisplatin. Der var ingen effekt på overlevelse ved interval debulking.

Konklusion: Ved optimal kemoterapi og kirurgi ved gyn. onkolog er der ingen effekt af intervaldebulking.

Redman. N=79 randomiseret til interval debulking eller ikke – alle med over 2 cm residualtumor efter primær operation. – for lille et studie

Neoadjuvant kemoterapi.(NAC)

26 undersøgelser med 1336 ptt vedrørende neoadjuvant kemoterapi

EORTC 55971: Hou I et al. Gyn. Oncol. 2007; 105: 211-7. N=718. Forskellene var store mellem deltager-landene (Belgien, Sverige, Norge og Canada) i hvor godt de var opereret (<1 cm residualtumor). Der var færre komplikationer ved NAC end ved primær debulking (PD).

Overall survival og recidivfri overlevelse: Ingen forskel mellem grupperne

NAC må ikke bruges som undskyldning for dårlig kirurgi, ventetider etc  
I Leuven får op omkring halvdelen af st. III-IV ptt. NAC.  
Extensiv kirurgi nødvendig hos 25% PD mod 5% NAC.

Vergote præsenterede i Bangkok 2008 tal fra 1996-2003. Der var 8621 ptt. og fordel ved operation på højt specialiserede hospitalet.

Diskussion:

Normalt kan man opnå komplet remission hos 50% ved primær kemoterapi. (HH)  
Det er nemmere at operere efter 2-3 serier end efter flere – og man vinder ikke meget ved mere end 3 serier. Data findes på op til 6 serier før efterfølgende kirurgi. Det anbefales ikke, men man var enige om, at 4 serier ikke skal udelukke en pt. fra kirurgi efter kemoterapi.

**Der var enighed om:**

**At: Neoadjuvant kemoterapi (NAC) bør tilbydes og startes hurtigst muligt - også når man afstår fra kirurgi pga dårlig almen tilstand.**

**At: Kirurgi efter NAC (K-NAC) optimalt skal ske efter 3 serier kemoterapi.**

**At: Behandling af stadium IV ikke adskiller sig fra behandling af stadium III C.**

**At anmode DGCG's Ovariecancergruppe om hurtigst muligt at udarbejde retningslinier for NAC og K-NAC i guideline herunder indikation for NAC og kriterier for operation efter NAC. Kongebrogaard mødedeltagere anbefaler ovenstående retningslinier.**

## 5. Berit Mosgaard gennemgik

Aletti Obstet Gynecol 2006; 167  
Chi Gyn Oncol 2006; 103: 559-64  
Eisenhauer Gyn Oncol 2006; 103: 1083-90  
Schultz Gyn Oncol 2007 106 591-5  
Winter J.Clin.Oncol. 2007(25):3621-7

Og herefter

Oplæg til protokol for prospektiv registrering af behandling for stad. III BC og IV ovariecancer – se vedhæftet oplæg.

Hypotese: Komplikationer til operation med extensiv kirurgi og betydningen for toxicitet af efterfølgende kemoterapi (med Paclitaxel og carboplatin samt evt. 3 stof) til ptt med st III C og IV epithelial ovariecancer, tubacancer eller primært peritonealt adenocarcinom er acceptable ud fra CGC 3.0 toxicitetskriterierne og extensiv kirurgi øger den sygdomsfri overlevelse med 10% i forhold til tidligere opnået PFS.

Eksklusionskriterierne er i relativt stort omfang sammenfaldende med inklusionskriterierne for NAC. De skal derfor nu rettes til.

Formålet med studiet er at identificere de ptt., vi skal operere extensivt.

OM refererede en engelsk undersøgelse, som viser, at jo større cicatrice des mindre risiko for metastaser i cicatricen. Dette i relation til risiko for portmetastaser ved laparoskopi og ved laparocentese. Man anbefaler at laparocentese foretages i midtlinien, således at indstikstedet kan reseceres ved operationen.

- 6. Claus Høgdall (CH)** gennemgik DGCD data og viste overlevelsen var signifikant forbedret ved makroradikal operation. Der er gennem årene 2005-8 flere og flere der radikalopereres. Endvidere viste han nye registreringer i databasen – nyt: registrering af årsager til afståelse fra primær operation.. Der udspandt sig en diskussion af begrebet ”patientens tilstand” vs ”co-morbiditet”.

### **Claus lægger bugvægmetastase ind i registreringskemaet**

#### **Der oprettes et nyt ”skema” kaldet ”Neoadjuverende kemoterapi”**

**Årsager til ikke radikal operation åbner både ved afståelse fra operation og ved ikke radikal operation. Den dækker tilføjelse af flg. variable:**

**Alder / biologisk alder og co-morbiditet i tillæg til ”patientens tilstand”**

PCI indeks er foreslået som noget nyt åbnet ved stadium III og IV. Formålet er bedre at beskrive sygdommens udbredelse. Der var tvivl om, hvor godt dette indeks var valideret, hvorfor spørgsmålet om indekset brugbarhed videresendes til ovariecancergruppen. Man foreslår at forslagsstilleren (Chr. Ottosen gennemgår baggrunden for forslaget med Ovariecancergruppen).

- 7.** Der var gode erfaringer med brug af Tachosil i gynækologisk onkologi ved vanskelige blødningsmæssige komplikationer
- 8.** Afslutningsvis diskuteredes fremtiden for ”Kongebrogård-mødet”. Formålet med møderne er i et mindre forum at diskutere mulighederne for at bedre den kirurgiske cancerbehandling i Danmark og opretholde kontakten/udveksle erfaringer mellem de 5 Universitets-centre. Der var stemning for at fortsætte. Møderne er åbne – men der er begrænset plads – max 4 fra hvert af de 5 centre. Næste møde bliver i 2. kvartal 2010.

Referent  
Lian Ulrich