



Behandling af kastrationsresistent prostatacancer (CRPC)

Version 2.0

GODKENDT

Faglig godkendelse

22. oktober 2020 (DAPROCA)

Administrativ godkendelse

17. december 2020 (Sekretariatet for
Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

REVISION

Planlagt: 1. oktober 2021

INDEKSERING

DAPROCA, CRPC, Abirateron,
Cabazitaxel, Docetaxel, Enzalutamid,
Radium-223

Indholdsfortegnelse

Nyt siden sidst (ændringslog).....	2
1. Anbefalinger (Quick guide).....	4
Kastrationsresistent prostatacancer (CRPC).....	4
2. Introduktion	6
3. Grundlag	7
Kastrationsresistent prostatacancer (CRPC).....	7
4. Referencer	10
5. Metode	11
6. Monitoreringsplan.....	12
7. Bilag	13
8. Om denne kliniske retningslinje.....	14

Nyt siden sidst (ændringslog)

Nyt siden version 1.1 (2019)

Ændring <i>(afsnittet i retningslinjen – angiv specifikt hvilket afsnit det omhandler hvis der er flere afsnit under kapitel 3 (grundlag) i retningslinjen)</i>	Beskrivelse <i>(beskrivelse af ændringer logges (kort), så det er tydeligt, hvilke ændringer der er foretaget og hvorfor)</i>	Implikationer <i>(Såfremt ændringerne medfører nye bemærkninger og overvejelser, f.eks. i forhold til implementering anføres dette i retningslinjen)</i>
Anbefalinger	<p>Anbefaling 4 ændret til:</p> <p>Patienter med ikke-metastatisk CRPC (M0 CRPC) med PSA doblingstid < 10 mdr. bør tilbydes behandling med apalutamid, darolutamid eller enzalutamid med henblik på at forlænge levetid. Denne behandling er dog aktuelt ikke godkendt af Medicinrådet som standardbehandling (A)</p> <p>Anbefaling 9 ændret til:</p> <p>Patienter med symptomatiske knoglemetastaser uden viscerale eller lymfeknude (>3 cm) metastaser, kan tilbydes behandling med radium-223 efter mindst to linjer systemisk behandling for mCRPC eller hvis de ikke er egnet til anden mCRPC behandling (A)</p> <p>Justeringer i øvrige anbefalinger er af sproglig karakter.</p>	<p>Anb.4: Dette er en faglig DAPROCA anbefaling incl. EMA godkendelser. Vær dog opmærksom på at Medicinrådet endnu ikke har lavet sin økonomiske vurdering.</p> <p>Anb.9: Tilpasset opdateret EMA rekommandation.</p>
Litteratur- og evidensgennemgang	<p>Opdateret med beskrivelse af endelige analyser for samlet overlevelse af behandling med apalutamid, darolutamid og enzalutamid til patienter med M0 CRPC med PSA doblingstid < 10 mdr.</p>	
Bemærkninger og overvejelser	<p>Følgende tekst tilføjet: Mange patienter kan være mere skrøbelige end dem der indgår i studier, hvorfor det er særlig vigtigt, at der laves grundig klinisk vurdering før opstart af hver behandling, som beskrevet i EAU Prostate Cancer Guideline 2020 afs. 5.4.</p>	

<i>Referencer</i>	<p>Adaptation til nyeste EAU guideline: EAU Prostate Cancer Guideline. 2020; Available at: http://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/#6_5.</p> <p>Dertil tilføjet:</p> <p>(5) Smith MR, Saad F, Chowdhury S, et al. Apalutamide and Overall Survival in Prostate Cancer. Eur Urol. 2020 Sep 6; S0302-2838(20)30628-X. doi: 10.1016/j.eururo.2020.08.011</p> <p>(6) Fizazi K, Shore ND, Tammela T, et al. Nonmetastatic, Castration-Resistant Prostate Cancer and Survival with Darolutamide. N Engl J Med 2020;383:1040-9. DOI: 10.1056/NEJMoa2001342</p> <p>(7) Sternberg CN, Fizazi K, Saad F, et al. Enzalutamide and Survival in Nonmetastatic Castration-Resistant Prostate Cancer. N Engl J Med 2020; 382: 2197-206. DOI: 10.1056/NEJMoa2003892</p> <p>Slettet:</p> <p>Bhindi B, Karnes RJ. Novel Nonsteroidal Antiandrogens and Overall Survival in Nonmetastatic Castration-resistant Prostate Cancer. Eur Urol 2018 Oct;74(4):534-535.</p>	
<i>Litteratursøgning</i>	Ændret fra 2019 til 2020	
<i>Forfattere</i>	Opdateret	

1. Anbefalinger (Quick guide)

Kastrationsresistent prostatacancer (CRPC)

- Kriterierne for CRPC skal kontrolleres og forudsætter serum testosteron i kastrationsniveau (< 50 ng/dL eller < 1,7 nmol/L) og**
 - Enten prostata specifikt antigen (PSA) progression (tre konsekutive PSA værdier med mindst 1 uge imellem der viser 50 % stigning verificeret i to målinger i forhold til udgangsværdien; PSA værdien bør være >2 ng/mL for at behandlingseffekten kan vurderes korrekt)
 - Eller radiologisk progression (≥ 2 nye læsioner på knogleskintigrafi eller bløddelsmetastase iht. RECIST) (A)
- CRPC status skal være afklaret inden start af behandling (D)**
 - Hvis ikke kastrationsniveau på Luteinizing Hormone-Releasing Hormone (LHRH) agonist, bør der tilbydes kirurgisk kastration, evt. forsøgsvis LHRH antagonist. Progression på konventionel antiandrogen monoterapi opfylder ikke krav om CRPC.
- Kastrationsbehandling (LHRH agonist / LHRH antagonist / kirurgisk kastration) bør fortsættes ved CRPC (B)**
- Patienter med ikke-metastatisk CRPC (M0 CRPC) med PSA doblingstid < 10 mdr. bør tilbydes behandling med apalutamid, darolutamid eller enzalutamid med henblik på at forlænge levetid. Denne behandling er dog aktuelt ikke godkendt af Medicinrådet som standardbehandling (A)**
- Patienter med billeddiagnostisk påvist metastatisk CRPC (mCRPC) kan behandles med abirateron, cabazitaxel, docetaxel, enzalutamid eller radium-223 med henblik på at forlænge levetid (A)**
- Entydige rekommandationer kan ikke gives for første linje valg, da der ikke er god evidens for prædiktive faktorer (D)**
- Asymptomatiske patienter i god performance status 0-1 kan behandles med enzalutamid eller abirateron (A)**
- Patienter, der er kandidater til kemoterapi, kan behandles med docetaxel 75 mg/m² hver 3. uge. Dette vil oftest være symptomatiske patienter i performance status 0-2**

eller med et aggressivt forløb på kastrationsbehandling med progression < 12 mdr og/eller viscerale metastaser (A)

9. Patienter med symptomatiske knoglemetastaser uden viscerale eller lymfeknude (>3 cm) metastaser, kan tilbydes behandling med radium-223 efter mindst to linjer systemisk behandling for mCRPC eller hvis de ikke er egnede til anden mCRPC behandling (A)
10. Patienter med mCRPC som progredierer efter 1. linje docetaxel anbefales behandlet med cabazitaxel, abirateron, enzalutamid eller radium-223, som alle har vist yderligere levetidsforlængelse post-docetaxel (A)
11. Småcellet karcinom i prostata bør behandles med cisplatin (eller carboplatin) og etoposid (B)
12. Denosumab kan tilbydes til patienter med CRPC med knoglemetastaser (A)

2. Introduktion

Mænd med kastrationsresistent prostatacancer (CRPC) er uhelbredeligt syge, hvorfor sigtet med behandlingen er palliation og levetidsforlængelse. Der dør godt 1000 patienter årligt med prostatacancer, som typisk har en forudgående sygdomsfase med kastrationsresistens.

Formål

Det overordnede formål med retningslinjen er at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark.

Patientgruppe

Mænd med kastrationsresistent prostatacancer.

Målgruppe for brug af retningslinjen

Denne retningslinje skal primært understøtte det kliniske arbejde og udviklingen af den kliniske kvalitet, hvorfor den primære målgruppe er klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen.

3. Grundlag

Kastrationsresistent prostatacancer (CRPC)

1. **Kriterierne for CRPC skal kontrolleres og forudsætter serum testosteron i kastrationsniveau (< 50 ng/dL eller < 1,7 nmol/L) og**
 - Enten prostata specifikt antigen (PSA) progression (tre konsekutive PSA værdier med mindst 1 uge imellem der viser 50 % stigning verificeret i to målinger i forhold til udgangsværdien; PSA værdien bør være >2 ng/mL for at behandlingseffekten kan vurderes korrekt)
 - Eller radiologisk progression (≥ 2 nye læsioner på knogleskintigrafi eller bløddelsmetastase iht. RECIST) (A)
2. **CRPC status skal være afklaret inden start af behandling (D)**
 - Hvis ikke kastrationsniveau på Luteinizing Hormone-Releasing Hormone (LHRH) agonist, bør der tilbydes kirurgisk kastration, evt. forsøgsvis LHRH antagonist. Progression på konventionel antiandrogen monoterapi opfylder ikke krav om CRPC.
3. **Kastrationsbehandling (LHRH agonist / LHRH antagonist / kirurgisk kastration) bør fortsættes ved CRPC (B)**
4. **Patienter med ikke-metastatisk CRPC (M0 CRPC) med PSA doblingstid < 10 mdr. bør tilbydes behandling med apalutamid, darolutamid eller enzalutamid med henblik på at forlænge levetid. Denne behandling er dog aktuelt ikke godkendt af Medicinrådet som standardbehandling (A)**
5. **Patienter med billeddiagnostisk påvist metastatisk CRPC (mCRPC) kan behandles med abirateron, cabazitaxel, docetaxel, enzalutamid eller radium-223 med henblik på at forlænge levetid (A)**
6. **Entydige rekommandationer kan ikke gives for første linje valg, da der ikke er god evidens for prædiktive faktorer (D)**
7. **Asymptomatiske patienter i god performance status 0-1 kan behandles med enzalutamid eller abirateron (A)**

8. **Patienter, der er kandidater til kemoterapi, kan behandles med docetaxel 75 mg/m² hver 3. uge. Dette vil oftest være symptomatiske patienter i performance status 0-2 eller med et aggressivt forløb på kastrationsbehandling med progression < 12 mdr og/eller viscerale metastaser (A)**
9. **Patienter med symptomatiske knoglemetastaser uden viscerale eller lymfeknude (>3 cm) metastaser, kan tilbydes behandling med radium-223 efter mindst to linjer systemisk behandling for mCRPC eller hvis de ikke er egnet til anden mCRPC behandling (A)**
10. **Patienter med mCRPC som progredierer efter 1. linje docetaxel anbefales behandlet med cabazitaxel, abirateron, enzalutamid eller radium-223, som alle har vist yderligere levetidsforlængelse post-docetaxel (A)**
11. **Småcellet karcinom i prostata bør behandles med cisplatin (eller carboplatin) og etoposid (B)**
12. **Denosumab kan tilbydes til patienter med CRPC med knoglemetastaser (A)**

Litteratur- og evidensgennemgang

Litteraturen, der danner grundlaget for ovenstående anbefalinger er gennemgået nedenfor og i EAU Prostate Cancer Guideline 2020 (1) [1a], kapitel 6.5, som der henvises til.

Hos patienter med M0 CRPC med høj risiko for at udvikle metastaser defineret med en PSA doublingtid på 10 måneder eller mindre, har tre studier vist at anden generations antiandrogener apalutamid (2) [1b], darolutamid (4, 6) [1b,1b] og enzalutamid (3) [1b] forlænger metastase fri overlevelse sv.t. HR (95%CI) = 0,28 (0,23-0,35), 0,41 (0,34-0,50) og 0,29 (0,24-0,35). Endelig analyse for samlet overlevelse (OS) viser forbedret OS sv.t. HR (95%CI) = 0,79 (0,65-0,96), 0,69 (0,53-0,88) og 0,73 (0,61-0,89) for hhv. apalutamid (5) [1b], darolutamid (6) [1b] og enzalutamid (7) [1b].

Hos patienter med mCRPC har flere studier (1) [1a] vist forbedret overlevelse med både immunterapi (sipuleucel-T), radioisotopbehandling (radium-223), hormonbehandling (enzalutamid, abirateron), og kemoterapi (docetaxel, cabazitaxel). Alle behandlinger undtagen sipuleucel-T tilbydes aktuelt i Danmark. De nævnte behandlinger er undersøgt i 1.linje i randomiserede studier med samlet overlevelse som endepunkt, men på patienter med forskellige sygdoms karakteristika. I 2.linje har man i tilsvarende studier påvist yderligere overlevelse med cabazitaxel, abirateron, enzalutamid og radium-223, efter at man har givet docetaxel i 1.linje.

Præparaterne har forskellige biologiske angrebepunkter, hvorfor de supplerer hinanden, men når sygdommen skrider fremad, vil der være færre patienter til behandling, da der udvikles tiltagende behandlingsresistens. Omvendt er der ikke en komplet krydsresistens imellem præparaterne, således at behandling med et medikament ikke udelukker effekt af et andet præparat.

Der findes ikke god evidens for i hvilken sekvens de forskellige præparater bør anvendes. Afhængig af den enkelte patients tidligere behandling, sygdomssituation, performance status og ønsker, medfører dette

behandling med et eller flere af de nævnte præparater. Patienten bør følges tæt med systematisk løbende vurdering af radiologisk, biokemisk og klinisk respons, med samtidig mulighed for håndtering af bivirkninger og komorbiditet, samt øvrig understøttende behandling.

Småcellet karcinom i prostata er sjældent og meget aggressivt og bør behandles med kemoterapi uanset lokal eller dissemineret sygdom (8) [2b].

Skeletrelaterede hændelser som knoglesmerte, vertebral kompression, patologisk fraktur og medullært tværsnitssyndrom kan, supplerende til ovenstående, pallieres med kirurgi og strålebehandling, samt forebygges med zoledronsyre (bisphosfonat) eller denosumab (RANK ligand hæmmer). Denosumab giver en bedre forebyggelse af skeletrelaterede hændelser end zoledronsyre (1) [1a].

Patientværdier og – præferencer

På individuelt niveau skal iværksættelse af behandling til patienter med mCRPC omfatte en afvejning af den forventede effekt af behandlingen sammenholdt med risikoen for bivirkninger til den givne behandling. Derudover skal tidligere behandlinger inddrages i vurderingen. Det er særdeles vigtigt at der tages hensyn til behandlingens effekt på livskvalitet.

Rationale

Der er lagt vægt på evidens der gavner patienten i forhold til palliation og levetidsforlængelse. Studier har vist, at der kan opnås betydelige effekt i form af længere overlevelse, udsættelse af tid til progression og lindring af symptomer.

Bemærkninger og overvejelser

Der bør være særlig opmærksomhed på at patienterne i denne sygdomsfase er uhelbredeligt syge og fokus bør primært være på symptomlindring og palliation i bred forstand, samt at behandlingen ikke er helbredende, men levetidsforlængende. Mange patienter kan være mere skrøbelige end dem der indgår i studier, hvorfor det er særlig vigtigt, at der laves grundig klinisk vurdering før opstart af hver behandling, som beskrevet i EAU Prostate Cancer Guideline 2020 afs. 5.4.

4. Referencer

1. EAU Prostate Cancer Guideline. 2020; Available at: http://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/#6_5.
2. Smith MR, Saad F, Chowdhury S, Oudard S, Hadaschik BA, Graff JN, et al. Apalutamide Treatment and Metastasis-free Survival in Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2018 Apr 12;378(15):1408-1418.
3. Hussain M, Fizazi K, Saad F, Rathenborg P, Shore N, Ferreira U, et al. Enzalutamide in Men with Nonmetastatic, Castration-Resistant Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2018 Jun 28;378(26):2465-2474.
4. Fizazi K, Shore N, Tammela TL, Ulys A, Vjaters E, Polyakov S, Jievaltas M, Luz M, Alekseev B, Kuss I, Kappeler C, Snapir A, Sarapohja T, Smith MR. Darolutamide in Nonmetastatic Castration-Resistant Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2019 380: 1235-1246
5. Smith MR, Saad F, Chowdhury S, et al. Apalutamide and Overall Survival in Prostate Cancer. *Eur Urol*. 2020 Sep 6; S0302-2838(20)30628-X. doi: 10.1016/j.eururo.2020.08.011
6. Fizazi K, Shore ND, Tammela T, et al. Nonmetastatic, Castration-Resistant Prostate Cancer and Survival with Darolutamide. *N Engl J Med* 2020;383:1040-9. DOI: 10.1056/NEJMoa2001342
7. Sternberg CN, Fizazi K, Saad F, et al. Enzalutamide and Survival in Nonmetastatic Castration-Resistant Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2020; 382: 2197-206. DOI: 10.1056/NEJMoa2003892
8. Nadal R, Schweizer M, Kryvenko ON, Epstein JI, Eisenberger MA. Small cell carcinoma of the prostate. *Nat Rev Urol* 2014 Apr;11(4):213-219.

5. Metode

Retningslinjen er udarbejdet som en adaptation til kapitel 6.5 'Treatment: Castration-resistant PCa (CRPC)' i EAU Guidelines (1).

Litteratursøgning

Der henvises til EAU Prostate Cancer Guideline version 2020 (1).

Litteraturgennemgang

Nærværende guidelines er baseret på EAUs gennemgang af litteraturen som ligger til grund for ovenstående anbefalinger (1). EAU anvender en modificeret udgave af Oxford 2009 og har for nuværende ikke præsenteret Levels of Evidence for kapitel 6 som vi har adapteret til denne retningslinje. EAU er kontaktet mhp. deling af deres litteraturgennemgang og vi forventer at kunne præsentere Level of Evidens for de inkluderede studier ved næste opdatering

Formulering af anbefalinger

DaProCa lægger sine retningslinjer op ad EAU guidelines, baseret på en overvejende overensstemmelse mellem danske forhold og de europæiske anbefalinger, dog således, at der er taget højde for eventuelle forskelle begrundet i nationale forhold. Med overgangen til en nationalt koordineret retningslinje for alle cancersygdomme i 2018, har en arbejdsgruppe under DaProCa udarbejdet denne retningslinje med afsæt i Retningslinjeseekretariatets vejledninger og metoder.

Interessentinvolvering

Retningslinjerne er udarbejdet uden involvering af 3. part.

Høring og godkendelse

Retningslinjerne gennemgås, diskuteres og godkendes i DaProCa inden publikation

Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

Ingen anbefalinger vurderes i denne omgang at udløse betydelige merudgifter. For anbefaling 4 forventes præparaterne vurderet i Medicinrådet i 2021.

Behov for yderligere forskning

Dødeligheden er stor hvorfor der er behov for forskning som forbedrer behandlingen.

Forfattere

På vegne af DaProCa:

- Klinisk onkolog. Overlæge, Ph.d. Steinbjørn Hansen, Onkologisk afdeling, Odense Universitetshospital.

- Klinisk onkolog. Overlæge, Ph.d. Peter Meidahl Petersen, Onkologisk afdeling, Rigshospitalet.
- Klinisk onkolog. Overlæge, klinisk lektor, Ph.d. Lise Bentzen, Onkologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital.
- Urolog. Lærestolsprofessor, overlæge, dr.med., Ph.d., Michael Borre, Urinvejskirurgi, Aarhus Universitetshospital.
- Urolog. Professor, overlæge, Ph.d. Klaus Brasso, Urologisk afdeling, Rigshospitalet.
- Klinisk onkolog. Overlæge Anne Juel Christensen, Onkologisk afdeling, Sjællands Universitetshospital, Næstved Sygehus.
- Patolog. Afdelingslæge Johanna Elversang. Patologiafdelingen, Rigshospitalet.
- Patolog. Afdelingslæge Frederik Harving. Patologiafdelingen, Aalborg Universitetshospital
- Urolog. Overlæge Henrik Jakobsen, Afdeling for Urinvejssygdomme, Herlev Hospital.
- Klinisk onkolog. Overlæge, Ph.d. Henriette Lindberg, Afdeling for Kræftbehandling, Herlev Hospital.
- Radiolog. Overlæge Vibeke Løgager, Afdeling for Røntgen og Scanning, Herlev Hospital.
- Epidemiolog. Epidemiolog (faglig leder), professor, dr.med. Henrik Møller, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP).
- Urolog. Afdelingslæge Marie Thue Pank, Urologisk afdeling, Aalborg Universitetshospital
- Patolog. Overlæge Astrid Petersen. Patologiafdelingen, Aalborg Universitetshospital.
- Urolog. Overlæge, Ph.d. Mads Hvid Aaberg Poulsen, Urologisk afdeling, Odense Universitetshospital.
- Klinisk onkolog. Overlæge, Ph.d. Jimmi Søndergaard. Onkologisk afdeling, Aalborg Universitetshospital.
- Urolog. Ledende overlæge Hans-Erik Wittendorff, Urologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde.
- Klinisk fysiolog og nuklearmediciner. Overlæge, Ph.d., klinisk lektor Helle D Zacho, Nuklearmedicinsk afdeling, Aalborg Universitetshospital.

Interessekonflikter: Hovedparten af forfatterne til denne retningslinje har haft samarbejde med medicinalfirmaer. Samarbejdet omfatter forsøgsprotokoller, undervisning, rejser og deltagelse i ekspertmøder i forskellige sammenhænge og med forskellige medicinalfirmaer. Det er vores opfattelse, at aktiviteterne er bredt ud over alle potentielle interessenter og derfor ikke samlet set kan opfattes som en interessekonflikt. For detaljerede samarbejdsrelationer henvises til Lægemiddelstyrelsens hjemmeside: laegemiddelstyrelsen.dk/da/godkendelse/sundhedspersoners-tilknytning-til-virksomheder/lister-over-tilknytning-til-virksomheder/apotekere,-laeger,-sygeplejersker-og-tandlaeger

6. Monitoreringsplan

Standarder og indikatorer

Der er i DAPROCA databasen planlagt indikatorer med henblik på monitorering af forbrug og behandlingssekvenser

Plan for audit og feedback

Retningslinjen revideres årligt i DAPROCA regi.

7. Bilag

Bilag 1 – Søgestrategi

Der henvises til EAU Prostate Cancer Guideline version 2020 (1).

EAUs søgning er at finde via: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/2020-EAU-EAUNM-ESTRO-ESUR-SIOG-Prostate-Cancerr-Guidelines-Search-Strategy.pdf>. Det er denne søgning, der primært danner grundlag for ovenstående søgning. Søgningerne er foretaget i Medline, EMBASE og Cochrane Libraries og er foretaget i perioden 1. marts 2019 til 18. april 2019.

8. Om denne kliniske retningslinje

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet i et samarbejde mellem Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk) og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Indsatsen med retningslinjer er forstærket i forbindelse med Kræftplan IV og har til formål at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet i Danmark. Det faglige indhold er udformet og godkendt af den for sygdommen relevante DMCG. Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet har foretaget en administrativ godkendelse af indholdet. Yderligere information om kliniske retningslinjer på kræftområdet kan findes på:

www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer

Retningslinjen er målrettet klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og indeholder systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

De kliniske retningslinjer på kræftområdet har karakter af faglig rådgivning. Retningslinjerne er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

Retningslinjen indeholder, udover de centrale anbefalinger (kapitel 1), en beskrivelse af grundlaget for anbefalingerne – herunder den tilgrundliggende evidens (kapitel 3+4). Anbefalinger mærket A er stærkest, anbefalinger mærket D er svagest. Yderligere information om styrke- og evidensvurderingen, der er udarbejdet efter "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations", findes her: http://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer---skabeloner-og-vejledninger/oxford-levels-of-evidence-2009_dansk.pdf

Generelle oplysninger om bl.a. patientpopulationen (kapitel 2) og retningslinjens tilblivelse (kapitel 5) er også beskrevet i retningslinjen. Se indholdsfortegnelsen for sidehenvisning til de ønskede kapitler.

For information om Sundhedsstyrelsens kræftpakker – beskrivelse af hele standardpatientforløbet med angivelse af krav til tidspunkter og indhold – se for det relevante sygdomsområde: <https://www.sst.dk/>

Denne retningslinje er udarbejdet med økonomisk støtte fra Sundhedsstyrelsen (Kræftplan IV) og RKKP.