

Medicinrådets  
behandlingsvejledning  
vedrørende lægemidler  
til BRCA-muteret kræft i  
æggestokkene, ægge-  
lederne eller primær  
kræft i bughinden

## Om Medicinrådet

Medicinrådet er et uafhængigt råd, som udarbejder anbefalinger og vejledninger om lægemidler til de fem regioner.

Medicinrådet vurderer, om nye lægemidler og nye indikationer kan anbefales som mulig standardbehandling og udarbejder fælles regionale behandlingsvejledninger.

Nye lægemidler vurderes i forhold til effekt, eksisterende behandling og pris. Det skal give lavere priser og lægemidler, der er til størst mulig gavn for patienterne.

De fælles regionale behandlingsvejledninger er vurderinger af, hvilke lægemidler der er mest hensigtsmæssige til behandling af patienter inden for et terapiområde og dermed grundlag for ensartet høj kvalitet for patienterne på tværs af sygehuse og regioner.

## Om behandlingsvejledningen

Behandlingsvejledningen er Medicinrådets vurdering af flere lægemidler til samme sygdom. I behandlingsvejledninger tager Medicinrådet typisk stilling til, om der er klinisk betydende forskelle mellem lægemidlerne, eller om to eller flere af disse kan ligestilles.

Se Medicinrådets [metodehåndbog](#) for yderligere information.

## Dokumentoplysninger

Godkendelsesdato	24. april 2020
Offentliggørelsesdato	27. april 2020
Dokumentnummer	62849
Versionsnummer	1.0
Protokolgodkendelse	28. august 2019

© Medicinrådet, 2020. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Medicinrådet, Dampfærgevej 27-29, 3. th., 2100 København Ø

[www.medicinraadet.dk](http://www.medicinraadet.dk)

Sprog: dansk

Format: pdf

Udgivet af Medicinrådet, 24. april 2020

## Formål

Medicinrådet udarbejder behandlingsvejledninger for terapiområder til regionerne, som skal danne grundlag for ensartet lægemiddelbehandling af høj kvalitet for patienterne på tværs af sygehuse og regioner.

Formålet med behandlingsvejledningen for lægemidler til BRCA-muteret kræft i æggestokkene, æggelederne eller primær kræft i bughinden er at:

- vurdere, om der klinisk betydende forskelle mellem tilgængelige lægemidler til 1. linje vedligeholdelsesbehandling.
- vurdere, om der klinisk betydende forskelle mellem tilgængelige lægemidler til 2. linje vedligeholdelsesbehandling.

I dokumentet ”Baggrund for Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende lægemidler til BRCA-muteret kræft i æggestokkene, æggelederne eller primær kræft i bughinden” er evidensen for de væsentligste effekter gennemgået systematisk og sammenholdt med en klinisk vurdering. Dokumentet findes på Medicinrådets hjemmeside.

På baggrund af behandlingsvejledningen udarbejder Medicinrådet efterfølgende en lægemiddelrekommandation til regionerne, hvor eventuelle klinisk ligestillede lægemidler er prioriteret ud fra deres totalomkostninger.

## Medicinrådets anbefaling vedrørende lægemidler til behandling af BRCA-muteret kræft i æggestokkene, æggelederne eller primær kræft i bughinden

Medicinrådet vurderer, at der for lægemidler angivet under kategorien ”anvend” ikke er klinisk betydende forskelle. De angivne lægemidler kan derfor betragtes som ligestillede og dermed mulige førstevalgspræparater til behandling af BRCA-muteret kræft i æggestokkene, æggelederne eller primær kræft i bughinden.

Medicinrådet vurderer, at lægemidler angivet under kategorien ”anvend ikke rutinemæssigt” ikke kan betragtes som klinisk ligestillede sammenlignet med lægemidler angivet under kategorien ”anvend”. Medicinrådet anbefaler kun at anvende lægemidler placeret under ”anvend ikke rutinemæssigt”, hvis det ikke er muligt at anvende lægemidler i de ovenstående kategorier.

**Tabel 1: Nydiagnosticerede patienter med avanceret BRCA-muteret high-grade epitelial kræft i æggestokkene, æggeledeerne eller primær kræft i bughinden (1. linje vedligeholdelsesbehandling), som ikke er kandidater til bevacizumab. Patienterne skal opfylde kriterierne for påbegyndelse af behandling (tabel 7).**

Anbefaling	Lægemiddel inklusive administration og dosis	Behandlingslængde
Anvend	Olaparib, 2 tabletter á 150 mg, 2 gange dagligt	2 år
Overvej		
Anvend ikke rutinemæssigt		
Anvend ikke		

**Tabel 2: Nydiagnosticerede patienter med avanceret BRCA-muteret high-grade epitelial kræft i æggestokkene, æggeledeerne eller primær kræft i bughinden (1. linje vedligeholdelsesbehandling), som kunne være kandidater til bevacizumab. Patienterne skal opfylde kriterierne for påbegyndelse af behandling (tabel 8).**

Anbefaling	Lægemiddel inklusive administration og dosis	Behandlingslængde
Anvend til 90 % af populationen*	Olaparib, 2 tabletter á 150 mg, 2 gange dagligt	2 år
Overvej		
Anvend ikke rutinemæssigt	Bevacizumab, 15 mg/kg, hver 3. uge	Ingen tidsgrænse (gns. behandlingstid = PFS)
Anvend ikke		

\*Procentsatsen angiver, hvor stor en andel af populationen, der vil kunne behandles med det af lægemidlerne, som bliver førstevalg i en lægemiddelrekommandation.

**Tabel 3: Patienter med BRCA-muteret, platin sensitiv, recidiverende high-grade epitelial kræft i æggestokkene, æggeledeerne eller primær kræft i bughinden, som responderer på platinbaseret kemoterapi (2. linje vedligeholdelsesbehandling). Patienterne skal opfylde kriterierne for påbegyndelse af behandling (tabel 9).**

Anbefaling	Lægemiddel inklusive administration og dosis	Behandlingslængde
Anvend til 90 % af populationen*	Niraparib, 3 kapsler á 100 mg, 1 gang dagligt Olaparib, 2 tabletter á 150 mg, 2 gange dagligt	Ingen tidsgrænse (gns. behandlingstid = PFS)
Overvej		
Anvend ikke rutinemæssigt	Bevacizumab, 15 mg/kg, hver 3. uge	Ingen tidsgrænse (gns. behandlingstid = PFS)
Anvend ikke		

\*Procentsatsen angiver, hvor stor en andel af populationen, der vil kunne behandles med det af lægemidlerne, som bliver førstevalg i en lægemiddelrekommandation.

## 1.1 Fra evidens til anbefaling

Herunder opsummeres de faktorer, der har været afgørende for Medicinrådets anbefaling vedrørende behandling af BRCA-muteret kræft i æggestokkene, æggeledeerne eller primær kræft i bughinden.

**Tabel 4: Nydiagnosticerede patienter med avanceret BRCA-muteret high-grade epitelial kræft i æggestokkene, æggeledeerne eller primær kræft i bughinden (1. linje vedligeholdelsesbehandling), som ikke er kandidater til bevacizumab. Patienterne skal opfylde kriterierne for påbegyndelse af behandling (tabel 10).**

<b>Vægtning af fordele og ulemper mellem lægemidlerne</b>	<p>Baseret på den tilgængelige evidens vurderer fagudvalget, at olaparib bør anvendes til behandling af den pågældende patientgruppe.</p> <p>Fagudvalget lægger i vurderingen særligt vægt på, at der er klinisk betydende forskelle i favør af olaparib sammenlignet med placebo, hvad angår PFS. Ved vedligeholdelsesbehandling afspejler PFS tiden til næste linje med platinbaseret kemoterapi. Længden af det platinfrie interval er bestemmende for valg af efterfølgende behandling. Derfor finder fagudvalget, at den markante forskel i PFS er af stor værdi for patienten og vægter det højt i den samlede vurdering. Fagudvalget bemærker, at data for OS endnu ikke er modne, hvorfor det med det eksisterende datagrundlag ikke er muligt at vurdere, om den forlængede PFS vil afspejles i forlænget OS.</p> <p>Fagudvalget vurderer, at der er klinisk betydende forskelle i favør af placebo, hvad angår bivirkninger. Bivirkninger forbundet med behandling med olaparib er dog for størstedelen af let eller moderat sværhedsgrad (grad 1-2). Fagudvalget finder, at størstedelen af bivirkningerne er reversible ved dosisreduktion og generelt ikke kræver afbrydelse af behandlingen.</p> <p>Data for livskvalitet målt ved FACT-O er ikke tilgængelige, men fagudvalget bemærker, at der ikke blev observeret en klinisk relevant forskel mellem olaparib- og placeboarmen målt med FACT-O TOI.</p>
<b>Andre overvejelser</b>	<p>Fagudvalget har ikke fundet anledning til at inddrage andre overvejelser.</p>
<b>Patientværdier og præferencer</b>	<p>Patientværdier og præferencer er ikke vurderet systematisk. Fagudvalget har i deres vurdering lagt vægt på patientens perspektiv, som oftest vil være at få den mest effektive behandling med så få og så tålelige bivirkninger som muligt. Da avanceret kræft i æggestokkene ofte er en uhelbredelig sygdom, vil mange patienter være tilbøjelige til at tilvælge mulige bivirkninger og risici for at opnå en effekt. Nogle patienter vil dog fravælge en potentielt effektiv behandling for at undgå visse bivirkninger. Det er fagudvalgets vurdering, at effektiv behandling og bevarelse af bedst mulig livskvalitet er afgørende for patienten. Det endelige valg eller fravalg af behandling vil derfor altid foregå som en fælles beslutningstagen og tage udgangspunkt i den enkelte patients forhold, herunder patientens præferencer.</p>
<b>Evidensens kvalitet</b>	<p>Evidensens kvalitet vurderes som værende lav.</p>
<b>Ressourceforbrug ved anvendelse</b>	<p>Der er ikke taget stilling til ressourceforbrug ved anvendelse af olaparib, da der kun indgår et lægemiddel i denne gennemgang. Der er derfor ikke udarbejdet et klinisk sammenligningsgrundlag.</p>

**Tabel 5: Nydiagnosticerede patienter med avanceret BRCA-muteret high-grade epitelial kræft i æggestokkene, æggelederne eller primær kræft i bughinden (1. linje vedligeholdelsesbehandling), som kunne være kandidater til bevacizumab. Patienterne skal opfylde kriterierne for påbegyndelse af behandling (tabel 11).**

<b>Vægtning af fordele og ulemper mellem lægemidlerne</b>	<p>Baseret på den tilgængelige evidens vurderer fagudvalget, at der er klinisk betydende forskelle mellem olaparib og bevacizumab i favør af olaparib. Fagudvalget vurderer, at effekten af olaparib samlet set er bedre, og at sikkerhedsprofilen ikke er dårligere end for bevacizumab. Fagudvalget finder derfor ikke, at bevacizumab kan ligestilles med olaparib, hvorfor det kun bør anvendes, hvis det ikke er muligt at anvende olaparib.</p> <p>Fagudvalget har på trods af forskelle mellem de inkluderede studier foretaget en kvalitativ vurdering af data, da datagrundlaget for nuværende er det eneste tilgængelige.</p> <p>De tilgængelige data for bevacizumab indikerer, at behandlingen ikke resulterer i forlænget OS. For olaparib er OS-data endnu ikke modne, og fagudvalget finder ikke, at der kan foretages en meningsfuld sammenligning af data. Fagudvalget kan derfor ikke vurdere, om der er klinisk betydende forskelle mellem olaparib og bevacizumab, hvad angår OS.</p> <p>Fagudvalget bemærker dog, at behandling med olaparib resulterer i en betydelig forlængelse af PFS. Effekten på PFS er markant mindre ved behandling med bevacizumab. På trods af forskelle mellem studierne, forventer fagudvalget, at der er klinisk betydende forskelle i favør af olaparib, hvad angår PFS.</p> <p>Fagudvalget bemærker også, at færre patienter behandlet med olaparib sammenlignet med bevacizumab ophører med behandlingen på grund af uønskede hændelser. Der rapporteres også færre uønskede hændelser af grad 3-4 hos patienter behandlet med olaparib. I tolkning af data skal der dog tages højde for, at patienterne modtager kemoterapi samtidigt med bevacizumab, hvilket vil afspejles i frekvensen af hændelser. Fagudvalget finder, at bivirkningerne forbundet med behandling med olaparib generelt er reversible i klinisk praksis blandt andet ved hjælp af dosisreduktion. Bivirkningerne forbundet med behandling med bevacizumab er som oftest håndterbare. De kan dog ikke afhjælpes ved dosisreduktion eller pausering af behandling i modsætning til bivirkningerne forbundet med behandling med olaparib.</p> <p>Fagudvalget kan ikke vurdere, om der er klinisk betydende forskelle mellem olaparib og bevacizumab, hvad angår livskvalitet, da de rapporterede data er indsamlet med forskellige redskaber, som ikke er sammenlignelige.</p>
<b>Andre overvejelser</b>	<p>Fagudvalget har ikke fundet anledning til at inddrage andre overvejelser.</p>
<b>Patientværdier og præferencer</b>	<p>Patientværdier og præferencer er ikke vurderet systematisk. Fagudvalget har i deres vurdering lagt vægt på patientens perspektiv, som oftest vil være at få den mest effektive behandling med så få og så tålelige bivirkninger som muligt. Da avanceret kræft i æggestokkene ofte er en uhelbredelig sygdom, vil mange patienter være tilbøjelige til at tilvælge mulige bivirkninger og risici for at opnå en effekt. Nogle patienter vil dog fravælge en potentielt effektiv behandling for at undgå visse bivirkninger. Det er fagudvalgets vurdering, at effektiv behandling og bevarelse af bedst mulig livskvalitet er afgørende for patienten. Det endelige valg eller fravalg af</p>

	behandling vil derfor altid foregå som en fælles beslutningstagen og tage udgangspunkt i den enkelte patients forhold, herunder patientens præferencer.
<b>Evidensens kvalitet</b>	Evidensens kvalitet kan ikke vurderes.
<b>Ressourceforbrug ved anvendelse</b>	Der er ikke taget stilling til ressourceforbrug ved anvendelse, da lægemidlerne i denne gennemgang ikke er ligestillede. Der vil derfor ikke blive udarbejdet et klinisk sammenligningsgrundlag.

**Tabel 6: Patienter med BRCA-muteret, platin sensitiv, recidiverende high-grade epitelial kræft i æggestokkene, æggelederne eller primær kræft i bughinden, som responderer på platinbaseret kemoterapi (2. linje vedligeholdelsesbehandling). Patienterne skal opfylde kriterierne for påbegyndelse af behandling (tabel 12).**

<b>Vægtning af fordele og ulemper mellem lægemidlerne</b>	<p>Baseret på den tilgængelige evidens vurderer fagudvalget, at der ikke er klinisk betydende forskelle mellem olaparib og niraparib, hvad angår effekt og sikkerhed. Lægemidlerne kan derfor betragtes som ligestillede og dermed mulige førstevalgspræparater til behandling af den pågældende patientgruppe. Fagudvalget forventer, at effekten af olaparib og niraparib samlet set er bedre end bevacizumab, og vurderer, at sikkerhedsprofilen ikke er dårligere end for bevacizumab. Fagudvalget finder derfor ikke, at bevacizumab kan ligestilles med olaparib og niraparib, hvorfor det kun bør anvendes, hvis det ikke er muligt at anvende ét af de ligestillede førstevalgspræparater.</p> <p>Fagudvalget har på trods af forskelle mellem de inkluderede studier foretaget en kvalitativ vurdering af data, da datagrundlaget for nuværende er det eneste tilgængelige.</p> <p>Fagudvalget lægger vægt på, at de tilgængelige data for bevacizumab indikerer, at behandling med bevacizumab ikke resulterer i forlænget OS på trods af forlænget PFS. For olaparib og niraparib er OS-data endnu ikke modne, og fagudvalget finder derfor ikke, at der kan foretages en meningsfuld sammenligning af data.</p> <p>Fagudvalget lægger vægt på, at behandling med både olaparib og niraparib resulterer i en betydelig forlængelse af PFS. Effekten på PFS er mindre ved behandling med bevacizumab. På trods af forskelle mellem studierne, vurderer fagudvalget, at der ikke er klinisk betydende forskelle mellem olaparib og niraparib, hvad angår PFS. Fagudvalget forventer, at effekten af olaparib og niraparib er bedre end bevacizumab.</p> <p>Fagudvalget bemærker også, at der er færre behandlingsophør grundet uønskede hændelser og uønskede hændelser grad 3-4 hos patienter behandlet med olaparib sammenlignet med patienter behandlet med niraparib. Fagudvalget vurderer dog, at bivirkningerne forbundet med behandling med olaparib og niraparib generelt er reversible i klinisk praksis blandt andet ved hjælp af dosisreduktion. En stor andel af patienterne behandlet med bevacizumab ophører behandling grundet uønskede hændelser, og størstedelen oplever mindst en uønsket hændelse grad 3-4. I tolkning af data skal der dog tages højde for, at patienterne modtager kemoterapi samtidigt med bevacizumab, hvilket vil afspejles i frekvensen af hændelser. Bivirkningerne forbundet med behandling med bevacizumab er som oftest håndterbare. De kan dog ikke afhjælpes ved dosisreduktion eller pausering af behandling i modsætning til bivirkningerne forbundet med behandling med olaparib og niraparib. På trods af forskelle mellem studierne, vurderer fagudvalget, at der ikke er klinisk betydende</p>
---	--

	<p>forskelle mellem olaparib og niraparib, hvad angår sikkerhed. Fagudvalget vurderer, at sikkerhedsprofilen for olaparib og niraparib ikke er dårligere end for bevacizumab.</p> <p>Fagudvalget kan ikke vurdere, om der er forskel på behandling med olaparib, niraparib og bevacizumab, hvad angår livskvalitet, da de rapporterede data er indsamlet med forskellige redskaber, som ikke er sammenlignelige.</p>
<b>Andre overvejelser</b>	Fagudvalget vurderer, at PARP-hæmmere ikke kan anvendes sekventielt, da der ikke foreligger evidens herfor.
<b>Patientværdier og præferencer</b>	<p>Patientværdier og præferencer er ikke vurderet systematisk. Fagudvalget har i deres vurdering lagt vægt på patientens perspektiv, som oftest vil være at få den mest effektive behandling med så få og så tålelige bivirkninger som muligt. Da platin sensitiv, recidiverende high-grade epitelial kræft i æggestokkene er en uhelbredelig sygdom, vil mange patienter være tilbøjelige til at tilvælge mulige bivirkninger og risici for at opnå en effekt. Nogle patienter vil dog fravælge en potentielt effektiv behandling for at undgå visse bivirkninger. Det er fagudvalgets vurdering, at effektiv behandling og bevarelse af bedst mulig livskvalitet er afgørende for patienten. Det endelige valg eller fravalg af behandling vil derfor altid foregå som en fælles beslutningstagen og tage udgangspunkt i den enkelte patients forhold, herunder patientens præferencer.</p>
<b>Evidensens kvalitet</b>	Evidensens kvalitet kan ikke vurderes.
<b>Ressourceforbrug ved anvendelse</b>	<p>Fagudvalget har vurderet, at de behandlingsrelaterede omkostninger, udover prisen på lægemidlet, ikke er væsentligt forskellige for de præparater, som er ligestillede i det kliniske sammenligningsgrundlag (olaparib og niraparib). Den eneste forskel er blodprøvefrekvensen i den første behandlingsmåned, hvor der tages hyppigere blodprøver ved behandling med niraparib. Ressourceforbrug ved anvendelse af olaparib og niraparib undersøges af Amgros og præsenteres i det udvidede kliniske sammenligningsgrundlag, som offentliggøres på Medicinrådets hjemmeside.</p>

## Øvrige forhold vedrørende behandlingen

### Kriterier for påbegyndelse af behandling

Behandlingskriterier er angivet i tabel 7-9 nedenfor.

**Tabel 7: Behandlingskriterier for 1. linje vedligeholdelsesbehandling med førstevalgspræparat for patienter, som ikke er kandidater til bevacizumab.**

Behandlingslinje	Initial behandling i forbindelse med primær diagnose
BRCA-mutationsstatus	Enten genetisk eller somatisk (i tumorvæv) BRCA-mutation
Sygdomsstadie	FIGO III eller IV
Respons på kemoterapi (carboplatin og taxan)	Komplet eller partielt respons
Resultat af operation	Efterladt restsygdom < 1 cm
I øvrigt	Vurderet i stand til at tage tabletter og gennemføre behandlingen



**Tabel 8: Behandlingskriterier for 1. linje vedligeholdelsesbehandling med førstevalgspræparat for patienter, som kunne være kandidater til bevacizumab.**

Behandlingslinje	Initial behandling i forbindelse med primær diagnose
BRCA-mutationsstatus	Enten genetisk eller somatisk (i tumorvæv) BRCA-mutation
Sygdomsstadie	FIGO III eller IV
Respons på kemoterapi (carboplatin og taxan)	Komplet eller partielt respons
Resultat af operation	Efterladt restsygdom > 1 cm
I øvrigt	Vurderet i stand til at tage tabletter og gennemføre behandlingen

**Tabel 9: Behandlingskriterier for 2. linje vedligeholdelsesbehandling med førstevalgspræparater**

Behandlingslinje	Behandling for første recidiv af kræft i æggestokkene med et platinfrit interval på > 6 mdr.
BRCA-mutationsstatus	Enten genetisk eller somatisk (i tumorvæv) BRCA-mutation
Sygdomsstadie	Irrelevant
Respons på kemoterapi (carboplatinbaseret kemoterapi, monoterapi eller kombineret med andet kemoterapi)	Komplet eller partielt respons
Resultat af operation	Irrelevant
Tidligere behandling med PARP-hæmmer	Ikke kandidat til behandling
I øvrigt	Vurderet i stand til at tage tabletter og gennemføre behandlingen

### Dosering

Olaparib anvendes i tabletform. Olaparib findes dog også som kapsler. Kapsler og tabletter kan ikke erstatte hinanden milligram til milligram på grund af forskelle i biotilgængelighed. Patienterne startes på 300 mg olaparib på tabletform to gange dagligt. Patienter (højest 5 %) med GFR mellem 0-50 ml/min startes på en reduceret dosis. For de øvrige patienter kan dosis reduceres ved behov efter påbegyndelse af behandling. Dosis reduceres typisk til 250 mg eller 200 mg to gange dagligt.

Niraparib anvendes som kapsler. Patienterne startes på 300 mg én gang dagligt. Dosis kan reduceres ved påbegyndelse af behandling. Her er patientens vægt, trombocytter og eventuel marvtoksicitet under behandling med kemoterapi afgørende for valg af dosis. Størstedelen af patienterne ender på en daglig dosis på 200 mg eller 100 mg.

Fagudvalget skønner, at ca. 50 % af patienterne i behandling med olaparib eller niraparib skal dosisjusteres eller pauseres for at tåle behandlingen. Fagudvalget forventer, at ca. 10 % af patienterne ophører behandling på grund af uacceptable bivirkninger.

Vedligeholdelsesbehandling med olaparib i 1. linje bør fortsættes, så længe patienten har klinisk gavn af behandlingen, eller indtil uacceptabel toksicitet. Behandling kan gives i op til to år.

Vedligeholdelsesbehandling med enten olaparib og niraparib i 2. linje bør fortsætte, så længe patienten har klinisk gavn af behandlingen eller indtil uacceptabel toksicitet. Fagudvalget anslår, at behandlingsvarigheden i gennemsnit er 15 måneder.

### Monitorering af effekt og bivirkninger

Scanning for sygdomsprogression foretages hver 12. uge under behandling med olaparib eller niraparib.

Ved påbegyndelse af behandling med olaparib tages blodprøver hver anden uge de første 4 uger, herefter hver fjerde uge, hvor der måles hæmatologi, væsketal, levertal og tumormarkører. Desuden gennemføres telefonkontrol 2 uger efter opstart. Ved start af behandling med niraparib tages blodprøver og gennemføres

telefonkontrol hver uge de første 4 uger, herefter hver fjerde uge, hvor der måles hæmatologi, væsketal, levertal og tumormarkører.

### *Skift af behandling*

Da der kun er et tilgængeligt førstevalgspræparat til vedligeholdelsesbehandling i 1. linje, har fagudvalget ikke fundet anledning til at inddrage overvejelser om skift til et andet behandlingsalternativ.

Medicinrådets anbefalinger forudsætter, at lægemidler med samme virkningsmekanisme ikke anvendes sekventielt, hvorfor der ikke kan skiftes mellem de to førstevalgspræparater (olaparib og niraparib) til vedligeholdelsesbehandling i 2. linje. I de ganske få tilfælde, hvor en patient ikke tåler den ene PARP-hæmmer, og bivirkningen menes at være udelukkende relateret til det enkelte stof, kan skift til den anden PARP-hæmmer overvejes.

### *Andre overvejelser for anbefalingen vedrørende valg af lægemidler*

Der er endnu ikke evidens, der understøtter effekt af sekventiel behandling med PARP-hæmmere. Indtil videre er det derfor fagudvalgets holdning, at patienter ikke genbehandles med PARP-hæmmere i efterfølgende linjer. Introduktion af olaparib i 1. linje vil betyde, at færre patienter vil påbegynde behandling med PARP-hæmmere (olaparib, niraparib) i 2. linje.

## Sammensætning af fagudvalg og kontaktinformation til Medicinrådet

Se baggrund for Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende lægemidler til behandling af BRCA-muteret kræft i æggestokkene, æggelederne eller primær kræft i bughinden

### Versionslog

Version	Dato	Ændring
1.0	24. april 2020	Godkendt af Medicinrådet.