

## Sammanfattning

### Huvudbudskap

SBU har utvärderat kapaciteten hos sex olika metoder (SR, PR, RMI, ROMA, ADNEX, LR2<sup>1</sup>) att bedöma risken för äggstockscancer. Forskning visar att den diagnostiska tillförlitligheten hos de i Sverige ofta använda metoderna SR och PR inte kan särskiljas från flertalet av de övriga metoderna.

### Slutsatser

Efter att ha granskat den vetenskapliga litteraturen har SBU dragit följande slutsatser:

- ▶ Hos kvinnor före och under klimakteriet (premenopaus) har metoderna SR, PR och ADNEX högst diagnostisk tillförlitlighet vid misstänkt äggstockscancer.
- ▶ Hos kvinnor efter klimakteriet (postmenopaus) är den diagnostiska tillförlitligheten vid misstänkt äggstockscancer hög och för de fem metoderna – SR, PR, RMI, ROMA och ADNEX – kan den diagnostiska tillförlitligheten inte särskiljas.
- ▶ För den sjätte utvärderade metoden LR2 finns inte tillräckligt vetenskapligt underlag för att säkert bedöma den diagnostiska tillförlitligheten.

### Hur kan de viktigaste resultaten förstås?

Till följd av grundläggande skillnader i sjukdomsförekomst har resultaten delats upp på kvinnor före och under klimakteriet (premenopaus) respektive efter klimakteriet (postmenopaus).

Resultaten uppvisar, med några få undantag, hög sensitivitet vilket innebär att metoderna har en god förmåga att identifiera en stor andel av cancerfallen i en population. Däremot är specificiteten (förmågan att utesluta cancer) ofta lågre, vilket medför att kvinnor fått sina tumörer felaktigt



klassificerade som cancer. En låg specificitet kan därmed innebära onödiga operationer med komplikationsrisker, ökad resursåtgång och undanträngningseffekter i vården. Balansen mellan över- och underdiagnostik är därför viktig att värdera. För mer detaljerade resultat om sensitivitet och specificitet per metod och stadium av menopaus, se [www.sbu.se/395](http://www.sbu.se/395).

Grunden för diagnostik vid en svår sjukdom, såsom äggstockscancer, är att tillförlitligheten (både sensitivitet och specificitet) är hög. Det är också viktigt att det finns en väl etablerad behandling och att tidigt insatt behandling leder till förbättrad prognos.

Resultaten stöds av ett stort antal studier och många undersökta patienter. Kvinnorna i studierna hade framför allt remitterats till den specialiserade vården på grund av misstanke om äggstockscancer, vilket medför att förekomsten av cancer i studierna är betydligt högre än i till exempel primärvården, se Kapitel 6 i rapporten.

### Vad handlar rapporten om?

Äggstockscancer är en allvarlig och svårdiagnosticerad sjukdom. Den slutliga diagnosen bygger på mikroskopisk vävnadsanalys eller en strukturerad uppföljning när aktiv åtgärd (kirurgi med eller utan onkologisk terapi) inte rekommenderas. Det finns flera olika metoder (algoritmer)

<sup>1</sup> SR: Simple Rules, PR: Pattern Recognition, RMI: Risk of Malignancy Index, ROMA: Risk of Ovarian Malignancy Algorithm, ADNEX: Assessment of Different Neoplasias in the adnexa, LR2: Logistic Regression Model 2.

för att diagnosticera äggstockscancer före den mikroskopiska analysen eller den strukturerade uppföljningen. Data som har analyserats i de olika algoritmerna är uppgifter om kvinnans ålder/menopausal status, resultat från undersökning med ultraljud och koncentrationen av olika tumörmarkörer i blod.

Syftet med denna rapport var att utvärdera sex olika metoder för att undersöka om någon metod hade en högre diagnostisk tillförlitlighet än de andra. Rapporten belyser även etiska och hälsoekonomiska aspekter. Projektet har

genomförts inom ramen för ett övergripande uppdrag från regeringen med att ta fram kunskapsunderlag inom området kvinnohälsa.

### Vilka studier ligger till grund för resultaten?

Resultaten baseras på 59 studier från hela världen, med totalt fler än 71 000 observationer. Litteratursökningen utgick från en systematisk översikt om diagnostik av äggstockscancer från Cochrane 2022. Kompletterande litteratur söktes och den senaste litteratursökningen genomfördes i februari 2025.

#### Innehållsdeklaration

##### Denna publikation innehåller:

- ✓ En eller flera systematiska översikter
- ✓ En bedömning av etiska och sociala aspekter
- ✓ En bedömning av hälsoekonomiska aspekter

SBU använder en noggrann process för att säkerställa att våra resultat är vetenskapligt väl underbyggda.

För den här rapporten har vi gjort följande:

##### Tagit fram ett vetenskapligt underlag tillsammans med externa sakkunniga:

- ✓ Gjort en strukturerad och uttömmande litteratursökning

- ✓ Granskat om studierna vi hittat är relevanta
- ✓ Granskat om det finns metodbrister i studierna som skulle kunna påverka resultaten och ge risk för snedvridning
- ✓ Vägt samman resultat från inkluderade studier
- ✓ Bedömt hur tillförlitligt det sammanvägda resultatet är

##### Följande personer har granskat och bedömt rapporten och dess resultat:

- ✓ Externa sakkunniga
- ✓ SBU:s kvalitetssäkringsgrupp
- ✓ SBU:s vetenskapliga råd

#### Projektgrupp

##### Sakkunniga

- Ellika Andolf, professor emerita, gynekolog
- Christer Borgfeldt, professor, gynekolog, subspecialist i gynekologisk tumörkirurgi med cancervård

##### SBU

- Jan Holst, projektledare
- Sigurd Vitols, biträdande projektledare

- Lotta Ryk, medverkande projektledare
- Ann Kristine Jonsson, informationsspecialist
- Maja Kärrman Fredriksson, informationsspecialist
- Johanna Wiss, hälsoekonom
- Elisabeth Gustafsson, projektadministratör
- Anna Attergren Granath, projektadministratör
- Anna Levinsson, medverkande projektledare
- Fredrik Tholander, medverkande projektledare
- Jenny Odeberg, projektansvarig chef

Rapport nr 395 (2025) • [registrator@sbu.se](mailto:registrator@sbu.se)  
Rapporten kan laddas ner från [www.sbu.se/395](http://www.sbu.se/395)

Grafisk produktion: Anna Edling, SBU