|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Initialer | Spørgsmål/kommentar | Svar |
| ELa | Side 3: resumé af kliniske rekommendationer – Tilføj at det er under kemobehandling, at der bør tilbydes GnRHa | Er tilføjet i teksten |
| ELa | Side 4: PICO 1 – Foreslår OPR ongoing pregnancy rate istedet for PR pregnancy rate | I studierne, vi refererer til, angiver de PR. Vi har under forkortelser/definitioner defineret PR som en graviditet defineret ved pos. hCG el. ultralydsverificeret |
| ELa | Side 5: Resumé af evidens – OTC i stedet for OTV? | Ja da! Er ændret |
| ELa | Side 7: Resumé af evidens – ortotopisk transplantation og ikke ortotopisk graviditet | I teksten er ændret til ortotopisk transplantation |
| ELA | Side 7: Resumé af evidens – Foreslår N/A i stedet for lav ++-- | Er taget til efterretning og ændret til N/A |
| ELa | Side 9: Resumé af klin. Rekommendationer – Tilføj under kemobehandling | Er tilføjet |
| ELa | Side 10 – Foreslår signifikant lavere POI rater/incidens af POI | Rater er tilføjet i teksten som foreslået |
| ELa | Side 15: kliniske rekommendationer 4 – foreslår oocytter/embryoner | Embryoner er tilføjet |
| ELa | Side 19: sidste linje – slet hos | Sætningen giver ingen mening, hvis vi sletter hos. |
| JI | Der ønskes overordnet set en major revision af guideline (som ved review af artikler) | Dette vil vi lade være op til styregruppen |
| JI | Side 2: definitioner of forkortelser – Ovarielt hyperstimulations syndrom i stedet for ovarielt hyperstimulations syndrome | Enig. Bogstavet e er slettet efter syndrom |
| JI | Side 2: afgrænsning af emnet – ” Effektivitet af vitrifikation/optøning af oocytter sammenlignet med kryopræservering/optøning af embryoner/blastocyster” ønskes belyst i denne guideline | Vi synes emnet hører bedre hjemme under IVF guidelinen |
| JI | Side 3: resumé af kliniske rekommendationer 6 – Hvordan får vi formidlet dette ud til onkologerne? | Vigtig pointe, men forslag til kommunikation med de onkologiske afdelinger hører vel ikke ind under denne guideline? |
| JI | Side 3: resumé af kliniske rekommendationer 9 – Hvordan får vi formidlet dette ud til onkologerne? | Vigtig pointe, men forslag til kommunikation med de onkologiske afdelinger hører vel ikke ind under denne guideline? |
| JI | Side 3: resumé af kliniske rekommendationer 12 – mangler definition og afgrænsning | Vi forstår ikke helt spørgsmålet, men det kan vi tage til guidelinemødet |
| JI | Side 3: resumé af kliniske rekommendationer 13 – Lovgivning? | Nej, der foreligger ikke lovgivning omkring dette |
| JI | Side 3: resumé af kliniske rekommendationer 18 – Er dette nu et tema for denne guideline? | Vi synes, det er yderst relevant at vide, at hos disse kvinder, som kun har tid til et enkelt IVF forsøg inden start af kemo, nedsætter man ikke antallet af æg ved at trigge med en GnRH-analog og samtidigt nedsætter man risikoen for OHSS |
| JI | Side 4: Pico spørgsmål 1, sidste sætning – Kan man tilbyde en kombination af ensidig oophorektomi og IVF hos kvinder med normal ovariereserve? | Ja, det kan man godt, hvis der er tid. Står længere nede i teksten |
| JI | Side 5: kliniske rekommendationer – Man kunne ønske sig overvejelser i forhold til dette valg, men det kommer sikkert længere nede i teksten? | Ja, det gør det |
| JI | Side 5: gennemgang af evidens – der mangler årstal på en del af referencerne | Årstal er indsat |
| JI | Side 5: gennemgang af evidens – return rate er ikke defineret | I teksten er return rate nu ændret til: andelen af kvinder, der kom tilbage for at gøre brug af deres kryopræserverede ovarievæv |
| JI | Side 5: gennemgang af evidens – Hvor mange oocytter høstedes per patient? | Gennemsnitlige antal af oocytter er nu tilføjet i teksten |
| JI | Side 5: gennemgang af evidens – Der efterlyses en mere udspecificeret vurdering af chancen for barn per patient i forbindelse med oocytfrys | Der er ændret væsentligt i teksten for at imødekomme ønsket |
| JI | Side 6: Graviditetschance hos kvinder efter OTC – Hvor mange af graviditeterne var spontane? | Dette er nu tilføjet i teksten |
| JI | Side 6: Graviditetschancen hos kvinder efter OV uden brug af oocytter er ikke opgjort i litteraturen – Sætningen forstås ikke | Vi er enige! Sætningen slettes |
| JI | Side 7: Resumé af evidens – graviditetsrate på 40%. Spontan? | Ja, ca. 50/50. Dette er tilføjet i teksten |
| JI | Side 7: Resumé af evidens – Live birth rate på ca. 30% - Spontane graviditeter? | Halvdelen af de fødte børn er spontant konciperede. Dette er tilføjet i teksten |
| JI | Side 7: Gennemgang af evidens, ortotopisk transplantation – Hvor mange oocytter kan man høste ved IVF efter OTC? Dette er relevant for rådgivningen. | Dette kommer senere i supplerende spørgsmål 4 |
| JI | Side 7: Gennemgang af evidens – under graviditetsraten, hvor mange graviditeter var spontane? Hvor mange cykli krævedes der ved IVF? | Det har vi svaret på – se ovenfor.IVF efter autotransplantation kommer senere i tillægsspørgsmål 4 |
| JI | Side 12: Kliniske rekommendationer – Så kommer der alligevel rekommendationer på trods af, at man i indledningen siger, at det gør der ikke? | Det forstår vi ikke? |
| JI | Side 12: Kliniske rekommendationer 2 – Hvorfor ikke OV? | Vi har skrevet lige ovenfor, at OV er 1.valg, hvis tiden tillader det og der ikke findes kontraindikationer |
| JI | Side 13: Kliniske rekommendationer 2 – Der spørges om, hvorfor vi ikke anbefaler OTC ved dissemineret sygdom? | Dette gør vi ikke, fordi risikoen for recidiv er for stor efter autotransplantation. Se forklaring i fodnoten |
| JI | Side 13: Kliniske rekommendationer 3 – Vurdering af ovariereserve er et svært begreb | Enig |
| JI | Side 13: Gennemgang af evidens – ” Kvinden bør ved den fertilitetsrådgivende samtale oplyses om den forventede succesrate ud fra alder og ovariereserve.” Kvinden bør også oplyses om det gennemsnitlige antal oocytter, der skal til, for at opnå en graviditet | Det vi mener er, at den enkelte kvinde skal oplyses om sine chancer baseret på alder og ovariereserve. Hvor mange æg, der skal til, for bedst at sikre en graviditet, er ikke relevant her hos disse kvinder, der jo kun har tid til en enkelt stimulationsbehandling |
| JI | Side 13: Gennemgangs af evidens - jeg mangler overvejelser om OTC/oocytfrys/embryo frys/ i forhold til konkret graviditetschance. Alt andet lige, så resulterer OTC i ovarievæv, som giver meget fål oocytter efter reimplantation og stimulation. Derfor må det vel være sådan, at unge kvinder med en høj risiko for POI efter gonadotoksisk behandling vel primært bør tilbydes IVF med totalfrys, da de baseret på antal oocytter vil have en bedre kumulativ graviditetschance end efter OTC.  | Evidensen foreligger ikke. Der er eet studie af Diaz-Garcia, som finder begge metoder ligeværdige, og det er det eneste. Sålænge der ikke er mere evidens, kan vi ikke anbefale de ene fremfor det andet. Man kan jo også argumentere, at dem med OTC har flere chancer på sigt, idet de i teorien hver måned har chance for en spontan graviditet, hvorimod dem med OV ikke har flere chancer, når først deres æg i fryseren er brugt op. |
| JI | Side 13: Gennemgang af evidens – Hvorfor er OTC eneste valg til piger < 18 år? | Fordi, vi ikke kan tilbyde IVF til unge piger. I teorien kunne man måske godt gøre det hos en 16-17 årig seksuelt aktiv pige, men vi gør det ikke |
| JI | Side 14: anden linje – endokrin funktion? | Ja |
| JI | Side 15: overskriften – Lidt dårlig term. Beskriver ikke hvor i forløbet | Er nu ændret til: **Hvad er den ideelle stimulationsprotokol til brystkræft patienter forud for kemoterapi** |
| JI | Side 15: Kvinder med østrogenreceptor positiv brystkræft bør tilbydes anti-østrogen behandling i forbindelse med stimulationen. – Sætningen hører ikke hjemme der | Enig. Den er fjernet |
| JI | Side 15: Kliniske rekommendationer 4 – Kan alle tilbydes duostim? | Duostim kan overvejes hos dem med lav ovariereserve. Dette står allerede længere nede i teksten |
| JI | Side 15: Resumé af evidens 1 – Ikke enig i evidensgraden | Vi har ændret evidensgraden til ++ Lav kvalitet |
| JI | Side 16: overskrift til tillægsspørgsmål 4 - Der mangler svar på spørgsmålet: Hvor mange cykli vil man i Danmark tilbyde til autotransplanterede patienter ? 3? uendeligt antal ? | Dette er selvfølgelig noget vi kan diskutere til guidelinemødet, men det er jo ikke noget, vi kan finde svar på i litteraturen |
|  |  |  |