

Statusartikel

Senfølger efter gynækologisk kirurgi

Louise Krog^{1, 2}, Eva Bjerre Ostenfeld^{1, 2}, Lea Kirstine Hansen^{1, 2}, Sarah Marie Bjørnholt^{1, 2}, Pernille Tine Jensen^{1, 2} & Henriette Strøm Kahr^{1, 2}

1) Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital, 2) Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet

Ugeskr Læger 2026;188:V12251005. doi: 10.61409/V12251005

HOVEDBUDSKABER

- Senfølger efter gynækologisk kirurgi er hyppige og kan have betydelige fysiske, psykiske, seksuelle og sociale implikationer.
- Senfølger ses efter både benign og malign gynækologisk kirurgi. Kendskab til deres forekomst og tilgængelige behandlings- og rehabiliteringstilbud er afgørende for optimal patienthåndtering.
- Trods politisk fokus er senfølgeindsatser endnu ikke fuldt implementeret. Store regionale forskelle understreger et behov for ensartede multidisciplinære tilbud.

Fremskridt inden for diagnostik og behandling af gynækologisk kræft, bl.a. mere avancerede kirurgiske teknikker, har medført bedre overlevelse. Flere patienter lever derfor med senfølger efter gynækologisk kræftkirurgi. Tilsvarende kan senfølger også opstå efter benign kirurgi. Sundhedsstyrelsens definition af senfølger efter kræft danner udgangspunkt for denne artikel, men er tilpasset for også at dække senfølger efter benigne gynækologiske indgreb.

Definitionen af senfølger er i denne artikel modificeret fra Sundhedsstyrelsen [1]: »Senfølger er helbredsproblemer, der opstår under primær behandling og bliver kroniske, eller som opstår og manifesterer sig måneder eller år efter kirurgisk behandling. Senfølgerne omfatter fysiske, psykiske eller sociale forandringer, der er en følge af behandlingen«.

Gynækologisk kirurgi kan påvirke patienternes fysiske, psykiske og sociale liv længe efter afsluttet behandling. En barometerundersøgelse fra Kræftens Bekæmpelse viste, at 70% af kræftpatienter oplevede én eller flere senfølger efter behandling, og en tilsvarende andel oplevede utilstrækkelig støtte til at håndtere dem [2]. Dette har skabt øget fokus på patienters livskvalitet efter endt behandling. I Kræftplan V anbefales det, at alle kræftpatienters behov for indsatser målrettet senfølger vurderes systematisk og leveres ensartet på tværs af landet [3]. Der er oprettet senfølgeklinikker i alle regioner, men med stor variation i regionale tilbud.

Denne artikel giver et samlet overblik over dokumenterede senfølger efter operation for udvalgte benigne og maligne gynækologiske tilstande (Tabel 1). Tilstandene er udvalgt på baggrund af, hvor hyppigt de er beskrevet i den videnskabelige litteratur i relation til potentielle senfølger. Artiklen præsenterer desuden de nuværende eksisterende behandlingstilbud til patienter med senfølger (Tabel 2).

TABEL 1 Benigne og maligne gynækologiske tilstande, hvor kirurgisk behandling kan medføre senfølger.

Tilstand	Kirurgisk behandling	Forekomst ^a
Bækkenbundsprolaps	Prolapsoperation	Ca. 3.800 indgreb/år
Blødningsforstyrrelser, fibromer mv.	Hysterektomi	Ca. 2.500 indgreb/år
Abort	Evacuatio	Ca. 3.000 indgreb/år
Vulvadysplasi	Resektion, laserablation	Ca. 300 tilfælde/år
Vulvacancer	Resektion, evt. lymfadenektomi	Ca. 120 tilfælde/år
Cervixdysplasi	Konisation	Ca. 15.000 tilfælde/år samt 5.000-6.000 indgreb/år
Cervixcancer	Konisation, simpel eller radikal hysterektomi, evt. lymfadenektomi	Ca. 350 tilfælde/år
Endometriecancer	Simpel hysterektomi, bilateral salpingo-ooforektomi, evt. lymfadenektomi	Ca. 750 tilfælde/år
Ovarie-tuba-peritoneal cancer	Ekstensiv kirurgi	Ca. 450 tilfælde/år

a) Angivelse af antal tilfælde og/eller kirurgiske indgreb baserer sig på tilgængelige data. For flere tilstande foreligger der ikke sikre opgørelser over både prævalens og samlede indgrebstal, hvorfor disse oplysninger ikke kan angives konsekvent på tværs af tabellen.

TABEL 2 Senfølgeklinikker, patientforeninger og andre tilbud for patienter med senfølger efter gynækologisk kirurgi.^a

Enhed/type	Region/optageområde	Ekspertise/ydelse
Lymfødembehandling ^b	Alle regioner	Certificerede lymfødemterapeuter
Kræftrehabilitering	Rehabilitering indgår ikke længere som et standardtilbud på de fleste afdelinger Patienter bør henvises til rehabilitering i egen kommune eller andet kommunalt regi	Typisk undervisning ved sygeplejersker og fysioterapeuter, evt. kliniske diætister og socialrådgivere Fokus på fysisk aktivitet, samvær og støtte
Rehabilitering og palliation (REHPA) ^c Træthed, psykisk belastning, kognitive vanskeligheder samt intimitet og seksualitet	REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Odense Universitetshospital, Nyborg Klinisk Institut, Syddansk Universitet, Odense Hovedkontor i Nyborg, hvor der tilbydes rehabiliteringsforløb Kontorer i alle landets regioner	Rehabiliteringsforløb og internatophold med vidensdeling og lindrende indsatser mhp. at forbedre livskvaliteten for borgere med eller efter livstruende sygdom
Patientforeningen Kræft i Underlivet (KIU) ^d	Landsdækkende patientforening	Vejledning, støtte, information og netværk med andre kræftpatienter
Kræftens Bekæmpelses rådgivningscentre ^e	Alle regioner	Psykologer, socialrådgivere, sygeplejersker, andre kræftpatienter Rådgivning, kurser, aktiviteter og gruppemøder
Sexologiske klinikker	Alle regioner	Urologer, psykologer, psykiatere, onkologer, gynækologer, sygeplejespecialister
Smerteklinikker	Alle regioner	Speciallæger i smertebehandling, sygeplejersker, psykologer, fysioterapeuter, socialrådgivere
Videnscentret Fertility Care ^f	Landsdækkende rådgivningscenter	Støtte og telefonrådgivning
Patientforeningen Fertilitet og Tab ^g	Landsdækkende patientforening	Støtte og vejledning
Endometriose Fællesskabet ^h	Landsdækkende patientforening	Støtte og vejledning
Dansk Lymfødemforening (DALYFO) ⁱ	Landsdækkende patientforening	Støtte og vejledning
Senfølgerforening ^j	Landsdækkende patientforening	Støtte og vejledning
Senfølgeklinikker		
Senfølger efter kræft i bækkenorganerne Tarmgener, vandladningsgener, sexologiske problemstillinger, bækken smerter	Region Midt: Aarhus Universitetshospital Patienter fra hele landet kan henvises	Urologer, urogynækologer, mave-tarm-kirurger, sexologer
Senfølger efter kræft i bækkenorganerne Tarmgener, vandladningsgener, sexologiske problemstillinger, bækken smerter	Region Nord: Aalborg Universitetshospital Patienter fra hele landet kan henvises	Mave-tarm-kirurger, gastroenterologer Center for Seksualitet
Komplekse senfølger efter kræft Træthed, psykiske udfordringer, smerter og seksuelle problemer	Region Syddanmark: Vejle, Esbjerg, Odense, Sønderborg Patienter fra Region Syddanmark kan henvises	Onkologer, sygeplejersker, diætister, sexologer, psykologer, socialrådgivere, sygehuspræster, fysioterapeuter, ergoterapeuter
Komplekse senfølger efter kræft Træthed, søvnproblemer, kognitive udfordringer, smerter, depression og frygt for tilbagefald	Region Sjælland: Sjællands Universitetshospital, Roskilde Patienter fra Region Sjælland kan henvises	Tværfagligt tilbud i et samarbejde mellem læger, sygeplejersker, ergoterapeuter, psykologer og socialrådgivere
Komplekse senfølger efter kræft, som ikke har kunnet afhjælpes andre steder	Region Hovedstaden: Herlev Hospital Tilbuddet er for patienter, der er behandlet på Herlev & Gentofte Hospital	Læger, sygeplejersker Patientens behov afdækkes, og der henvises evt. videre til udredning og behandling af specifik senfølge

a) Tabellen er vejledende. Der kan eksistere tilbud til patienter med senfølger efter gynækologisk kirurgi, der ikke fremgår af tabellen.

b) <https://www.lymfoedembehandling.dk/find-behandler>

c) <https://www.rehpa.dk/kontakt/#/home>

d) <https://www.kiuonline.dk/>

e) <https://www.cancer.dk/faa-raadgivning/kræfttraadgivninger/find-kræfttraadgivning/>

f) <https://fertilitycare.dk/>

g) <https://fertilitetogtab.dk/>

h) <https://www.endo.dk/>

i) <https://dalyfo.dk>

j) <https://www.senfoelger.dk>

Kroniske postoperative smerter

Risikoen for udvikling af kroniske smerter er relateret til kirurgisk teknik, anæstesiologiske metoder, komorbiditet, genetisk disposition og psykosociale faktorer [4]. Patofysiologisk kan kroniske postoperative smerter skyldes central hypersensitivisering, og patienter med kroniske smerter i et andet område forud for operation er i forhøjet risiko. Nervebesparende operationsteknikker kan muligvis forebygge udvikling af kroniske neuropatiske smerter efter ekstensiv cancer- og endometriosekirurgi. Afdækning af kroniske smerteproblematikker inden operation kan bidrage til forebyggende tiltag, herunder tilstrækkelig peri- og postoperativ smertebehandling [5, 6]. Behandling af kroniske postoperative smerter kræver ofte en tværfaglig tilgang. Hvis en grundig udredning ikke identificerer en klar og behandlingsbar årsag, eller hvis initiale tiltag ikke har effekt, kan patienter med komplekse kroniske smerter og nedsat funktionsniveau henvises til en regional smerte- eller senfølgeklinik (Tabel 2).

Fatigue

Intens træthed og energitab af både fysisk og psykisk karakter, som varer flere uger til måneder efter operation, opleves særligt efter større kirurgiske indgreb [7]. Fatigue kan medføre nedsat evne til at klare dagligdagsaktiviteter eller drage omsorg for nære relationer og kan derved have både sociale og økonomiske

implikationer. Mekanismerne bag postoperativ fatigue (POF) er ikke klare, men inflammatoriske og neuroendokrine faktorer spiller en rolle [8, 9]. POF rapporteres hos op mod halvdelen af gynækologiske kræftpatienter det første år efter operation, dog kan adjuverende kemoterapi være en medvirkende årsag [10]. I Danske Multidisciplinære Cancer Grupperes retningslinje findes forslag til nonfarmakologiske interventioner ved kræftrelateret træthed, ligesom flere senfølgeklinikker tilbyder hjælp [11].

Seksualitet og kropsopfattelse

Seksuelle senfølger er hyppige efter gynækologisk kirurgi, og ætiologien er multifaktoriel. Følger efter operation som vaginal afkortning, tørhed, nedsat elasticitet og nedsat eller manglende lubrikation kan føre til dyspareuni og nedsat seksuel lyst [12]. Derudover kan operationer i det gynækologiske område være associeret med ændret kropsopfattelse og oplevet tab af kvindelighed og fertilitet. Behandling af vulvarelaterede tilstande som dysplasi og kræft kan være særligt mutilerende og er ofte associeret med sensoriske og synlige forandringer i vulva, der yderligere kan påvirke kropsopfattelse og livskvalitet negativt [13, 14]. Seksuelle senfølger er ofte underrapporterede, hvilket bl.a. kan tilskrives tabuisering, samt manglende opmærksomhed, viden og kommunikation fra sundhedsprofessionelle [14]. Henvisning til sexologisk rådgivning bør overvejes ved indikation. Behovsopsporing forudsætter imidlertid, at patienter og sundhedsprofessionelle deler en fælles forståelse af problemstillingerne, hvilket ikke altid er etableret i klinisk praksis [14, 15].

Reproduktive senfølger

Kirurgisk behandling for cervixdysplasi er forbundet med en øget risiko for præterm fødsel, og risikoens størrelse afhænger af indgrebstype og behandlingsforløb. Loopkonisation, som anvendes i Danmark, er forbundet med en lavere risiko for præterm fødsel sammenlignet med knivkonus [16]. Risikoen for præterm fødsel øges ved gentagne indgreb og med stigende dybde af konus [17].

Gentagne kirurgiske udskrabninger, hvor den interne livmoderåbning udsættes for mekanisk dilatation, er associeret med øget risiko for præterm fødsel sammenlignet med patienter, der er behandlet medicinsk for abort [18]. Gentagne udskrabninger er også associeret med øget risiko for intrauterin arvævdsdannelse, Ashermans syndrom, hvilket kan medføre nedsat fertilitet [19].

Hormonelle senfølger

Ved maligne sygdomme i genitalia interna eller risiko herfor kan bilateral salpingo- og ooforektomi (BSO) være indiceret. BSO hos præmenopausale patienter medfører et abrupt fald i østrogen, som kan opleves voldsommere end den fysiologisk indsættende menopause, hvor østrogenproduktionen aftager gradvist. Klassisk beskrives vasomotoriske, psykologiske og seksuelle gener, som har negativ indvirkning på livskvaliteten. Trods bevarede ovarier er ovarieinsufficiens også beskrevet hos præmenopausale patienter efter hysterektomi, hvilket kan skyldes kompromitteret blodforsyning [20]. Iatrogen præmatur menopause er forbundet med øget risiko for kardiovaskulær og metabolisk morbiditet samt knoglemineraltab. Hormonel substitution efter individuel vurdering og rådgivning om livsstilsinterventioner anbefales for at forbedre livskvaliteten og reducere risikoen for langtidsfølger.

Urologiske og gastroenterologiske senfølger

Gynækologisk kirurgi, herunder hysterektomi og prolapsoperationer, udføres i tæt anatomisk relation til nedre urinveje og de bækkenbundsnære nerver. For patienter opereret for benigne lidelser vil kirurgi oftest føre til symptomlindring, men det kirurgiske indgreb medfører også risiko for urologiske senfølger. En ny metaanalyse viser øget risiko for prolaps, stress- og urgeinkontinens samt blæretømningsbesvær efter hysterektomi. Efter ti år forblev risikoen for prolaps og stressinkontinens signifikant øget [21]. Mere omfattende kirurgi som radikal hysterektomi ved cervixcancer medfører risiko for denervation af bækkenplexus og dermed mere udtalte

urologiske senfølger. Gastrointestinale senfølger efter bækkenkirurgi er mere sjældne og kan skyldes direkte mekanisk påvirkning fra f.eks. adhærencer, men også påvirkning af det autonome nervesystem. Efter omfattende gynækologisk kræftkirurgi kan opstå senfølger som diarré, tømningsbesvær og mavesmerter, men fordi mange af disse patienter også har fået kemo- og/eller stråleterapi, er det svært ud fra tilgængelige data at afgøre, hvor stor en del der skyldes kirurgi [22].

Lymfødem

Lymfødem er en velkendt senfølge hos patienter med gynækologisk kræft og rapporteres hyppigt efter lymfadenektomi. Den præcise forekomst er dog ukendt, da definitioner og objektive mål ikke er standardiserede [23]. Lymfødem er karakteriseret ved væskeophobning, tyngde og spændthed i underekstremiteter, lyske, vulva og bækken og kan manifestere sig fra uger til år efter det kirurgiske indgreb. Afledte smerter og nedsat mobilitet kan påvirke funktionsevne og livskvalitet betydeligt. Lymfadenektomi udføres med henblik på stadietdeling, som har betydning for prognose og valg af behandling. I denne kontekst er anvendelsen af sentinel node-teknikken et skånsomt alternativ til radikal lymfadenektomi. I et nyt dansk prospektivt studie var lymfødem tre måneder postoperativt samt adjuverende strålebehandling prædiktorer for persisterende lymfødem og signifikant forringelse af livskvaliteten [24]. Resultaterne støtter tidlig opsporing og intervention. Fysisk aktivitet kan forebygge udvikling af lymfødem, og kompressionsstrømper, selvtræning og specialiseret fysioterapi indgår i behandlingen (Tabel 2).

Psykosociale senfølger

Hos patienter, der har gennemgået gynækologisk kræftbehandling, er de mest fremtrædende behov efter endt behandling relateret til psykosocial støtte. De hyppigst rapporterede behov involverer hjælp til at håndtere stress, senfølger og bivirkninger samt støtte til at mestre frygten for recidiv [25]. Oplevelsen af uindfriede behov rapporteres især af patienter med angst- og depressionssymptomer, lavere mental livskvalitet, yngre kvinder samt patienter med sværere sygdomsstadie på diagnosetidspunktet [26]. Det kan være vanskeligt at afgøre, om psykosociale senfølger kan tilskrives selve sygdommen eller den kirurgiske behandling. Angst, træthed, depression og/eller nedsat livskvalitet ses efter alle maligne gynækologiske tilstande [27]. Efter vulvarelaterede lidelser kan tabuisering og manglende viden om tilstanden føre til selvisolation, stigmatisering og ensomhed [12, 13]. Psykosociale senfølger kan opstå mange år efter behandlingen, og det er vigtigt, at sundhedsprofessionelle er opmærksomme på dette, så den rette støtte kan ydes på det rette tidspunkt [26].

Perspektivering

Senfølger efter gynækologisk kirurgi er hyppige, komplekse og multifaktorielle. Mange senfølger udvikler sig gradvist og er vanskelige at identificere uden systematisk opfølgning. Nationale rapporter peger på, at senfølger efter kræftbehandling ofte først identificeres, når patienterne selv henvender sig med symptomer [1, 28]. Anvendelse af screeningsværktøjer og systematiske kliniske opfølgninger vil formentlig kunne bidrage til tidligere identifikation. Patientrapporterede data er en hensigtsmæssig metode til systematisk at måle type, hyppighed og betydning af senfølger og er allerede integreret i store dele af kræftforskning, men anvendes sparsomt efter benigne gynækologiske indgreb. Patienter bør inddrages i behandlings- og opfølgingsstrategi, afstemt ud fra individuelle ønsker, forventede gevinster og potentielle negative konsekvenser. Rehabiliteringsindsatser bør være tværfaglige og helhedsorienterede og kan omfatte fysisk genoptræning, ernæringsvejledning samt sexologisk og psykologisk støtte. Dette arbejde foregår allerede, men der mangler fortsat national ensretning, herunder systematisk screening for senfølger som en del af opfølgingsforløbet. Sundhedsreformen integrerer senfølger i rehabiliteringsindsatsen for at styrke sammenhængende patientforløb gennem forebyggelse og specialiseret genoptræning [29]. Udredning og behandling af senfølger kræver ofte en

multidisciplinær tilgang, idet symptomerne kan spænde over flere organsystemer og involvere både somatiske og psykiske problemstillinger. I Kræftens Bekæmpelses holdningspapir om senfølger anbefales etablering af generelle senfølgeklinikker i alle regioner [28], og i Kræftplan V indgår senfølgeindsatser i form af styrket forskning, digitale værktøjer, uddannelse og oprettelse af senfølgeklinikker [2]. Kliniske retningslinjer for håndtering af udvalgte senfølger er under udarbejdelse ved tre nationale forskningscentre [30].

Samlet understreger denne artikel behovet for systematisk opsporing, anvendelse af patientrapporterede data og etablering af mere ensartede nationale opfølgings- og behandlingstilbud til patienter med senfølger efter gynækologisk kirurgi.

Korrespondance *Henriette Strøm Kahr*. E-mail: henrkahr@rm.dk

Antaget 25. februar 2026

Publiceret på ugeskriftet.dk 11. maj 2026

Interessekonflikter ingen. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2026;188:V12251005

doi 10.61409/V12251005

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

Late sequelae after gynaecological surgery

This review finds that late sequelae after gynaecological surgery are common and may lead to persistent physical, psychological, and social burdens. Symptoms may include postoperative pain, fatigue, sexual dysfunction, reproductive and hormonal sequelae, urological and gastrointestinal disorders, lymphedema, and psychosocial challenges. Early identification through patient-reported outcomes and coordinated multidisciplinary rehabilitation is crucial. Access to specialised sequelae care varies across regions, although new initiatives, including dedicated late effects clinics, are being implemented.

REFERENCER

1. Sundhedsstyrelsen. Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne, 2017. <https://www.sst.dk/media/y1totcvi/vidensopsamling-paa-senfoelger-efter-kræft-hos-voksne.pdf> (09. mar 2026)
2. Kræftens Bekæmpelse. Barometerundersøgelse 2023, del 2: Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet i opfølgings- og efterforløbet, 2023. <https://www.cancer.dk/om-os/viden-og-dialog/udgivelser-og-rapporter/barometerundersogelsen-2023-del-2/> (24. jan 2026)
3. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Et bedre liv med og efter kræft – Kræftplan V, 2025. <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2025/maj/et-bedre-liv-med-og-efter-kræft> (24. jan 2026)
4. Ackerman RS, Ibañez J. Chronic postoperative pain management in gynecologic surgery. *J Gynecol Surg.* 2023;39(6):262-265. <https://doi.org/10.1089/gyn.2023.0069>
5. Butrick CW. Persistent postoperative pain: pathophysiology, risk factors, and prevention. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2016;22(5):390-6. <https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000000298>
6. Brandsborg B. Pain following hysterectomy: epidemiological and clinical aspects. *Dan Med J.* 2012;59(1):B4374. <https://ugeskriftet.dk/dmj/pain-following-hysterectomy-epidemiological-and-clinical-aspects>

7. DeCherney AH, Bachmann G, Isaacson K, Gall S. Postoperative fatigue negatively impacts the daily lives of patients recovering from hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2002;99(1):51-7. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(01\)01622-2](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(01)01622-2)
8. Renette W, Mesotten D, Meex I et al. The role of perioperatively acquired muscle weakness in postoperative fatigue: a narrative review. *Eur J Anaesthesiol.* 2026;43(2):119-129. <https://doi.org/10.1097/EJA.000000000000274>
9. Zargar-Shoshtari K, Hill AG. Postoperative fatigue: a review. *World J Surg.* 2009;33(4):738-45. <https://doi.org/10.1007/s00268-008-9906-0>
10. Poort H, de Rooij BH, Uno H et al. Patterns and predictors of cancer-related fatigue in ovarian and endometrial cancers: 1-year longitudinal study. *Cancer.* 2020;126(15):3526-3533. <https://doi.org/10.1002/cncr.32927>
11. Danske Multidisciplinære Cancer Grupper. Kræftrelateret træthed: Screening, udredning og behandling af patienter over 18 år, der har afsluttet primær kræftbehandling, 2025. https://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer/opdelt-paa-dmcg/tvargaende-retningslinjer/tvarg_rl_trathed_v1.0_admgodk220825.pdf (24. jan 2026)
12. Boa R, Grénman S. Psychosexual health in gynecologic cancer. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;143(suppl 2):147-152. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12623>
13. Senn B, Gafner D, Happ MB et al. The unspoken disease: symptom experience in women with vulval neoplasia and surgical treatment: a qualitative study. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2011;20(6):747-58. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2011.01267.x>
14. Olesen ML, Seibaek L, Sekse RJT. Impaired sexual health among women treated for vulvar cancer: an integrated review. *J Clin Nurs.* 2023;32(17-18):6212-6228. <https://doi.org/10.1111/jocn.16753>
15. Stabile C, Goldfarb S, Baser RE et al. Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2017;165(1):77-84. <https://doi.org/10.1007/s10549-017-4305-6>
16. Athanasiou A, Veroniki AA, Efthimiou O et al. Comparative effectiveness and risk of preterm birth of local treatments for cervical intraepithelial neoplasia and stage IA1 cervical cancer: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Oncol.* 2022;23(8):1097-1108. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(22\)00334-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(22)00334-5)
17. Kyrgiou M, Bowden SJ, Athanasiou A et al. Morbidity after local excision of the transformation zone for cervical intraepithelial neoplasia and early cervical cancer. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2021;75:10-22. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2021.05.007>
18. Lemmers M, Verschoor MA, Hooker AB et al. Dilatation and curettage increases the risk of subsequent preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod.* 2016;31(1):34-45. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev274>
19. Hooker AB, Lemmers M, Thurkow AL et al. Systematic review and meta-analysis of intrauterine adhesions after miscarriage: prevalence, risk factors and long-term reproductive outcome. *Hum Reprod Update.* 2014;20(2):262-78. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmt045>
20. Madueke-Laveaux OS, Elsharoud A, Al-Hendy A. What we know about the long-term risks of hysterectomy for benign indication – a systematic review. *J Clin Med.* 2021;10(22):5535. <https://doi.org/10.3390/jcm10225335>
21. Chang OH, Saldanha IJ, Encalada-Soto D et al. Associations between hysterectomy and pelvic floor disorders: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2025;233(3):141-151.e6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2025.03.018>
22. Ribas Y, Bonet M, Torres L et al. Bowel dysfunction in survivors of gynaecologic malignancies. *Support Care Cancer.* 2020;28(11):5501-5510. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05402-3>
23. Russo S, Walker JL, Carlson JW et al. Standardization of lower extremity quantitative lymphedema measurements and associated patient-reported outcomes in gynecologic cancers. *Gynecol Oncol.* 2021;160(2):625-632. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2020.10.026>
24. Ostefeld EB, Bjørnholt SM, Sponholtz SE et al. Long-term lymphedema and quality of life following lymph node staging in early cervical cancer: 3-year follow-up in the prospective multicenter SENTIREC CERVIX study. *Am J Obstet Gynecol.* 2025;234(2):417-431. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2025.09.020>
25. Reb AM, Cope DG. Quality of life and supportive care needs of gynecologic cancer survivors. *West J Nurs Res.* 2019;41(10):1385-1406. <https://doi.org/10.1177/0193945919846901>
26. Hodgkinson K, Butow P, Fuchs A et al. Long-term survival from gynecologic cancer: psychosocial outcomes, supportive care needs and positive outcomes. *Gynecol Oncol.* 2007;104(2):381-9. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2006.08.036>
27. Harrington CB, Hansen JA, Moskowitz M et al. It's not over when it's over: long-term symptoms in cancer survivors—a

- systematic review. *Int J Psychiatry Med.* 2010;40(2):163-81. <https://doi.org/10.2190/PM.40.2.c>
28. Kræftens Bekæmpelse. Senfølger efter kræft. Holdningspapir: Kræftens Bekæmpelses anbefalinger på senfølgeområdet, 2024. <https://mediebibliotek.cancer.dk/m/489fb1701e845f24/original/Senfolger-efter-krft-holdningspapir.pdf> (24. jan 2026)
29. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aftale om sundhedsreform 2024, 2024. https://www.ism.dk/Media/638682281997250085/01-Aftale-om-sundhedsreform-2024_TILG.pdf (24. jan 2026)
30. Zachariae R, Christiansen P, Amidi A et al. The time has come for national clinical practice guidelines for managing late effects after cancer and cancer treatment. *Acta Oncol.* 2024;63:491-493. <https://doi.org/10.2340/1651-226X.2024.40787>