

 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	Gynekologisk cancer og graviditet	
	Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til:04.08.2019/04.08.2022
	Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Kvinneklinikken/Fødeavdelingen	Versjon: 3.00
	Godkjenner: Albrechtsen, Susanne	Prosedyre
	Dok. ansvarlig: Kessler, Jørg	Dok.id: D15573

Preinvasiv lesjon i cervix

Gravide følger screeningprogrammet for cytologiske prøver fra cervix. Dersom kvinnen tidligere ikke har tatt celleprøve, tas prøve ved første svangerskapskontroll hos kvinner 25 år og eldre. Det tas også prøve dersom kvinnen har symptomer i form av utidig blødning og/eller fluor.

Gravide kvinner som får cytologisk forandringer i form av ASC-H/HSIL/AGUS/AIS eller har histologisk verifisert CIN 2/3 eller AIS, følges med kolposkopi/cytologi hver 12. uke. 12 -16 uker post partum gjøres ny kolposkopi. Det tas ny cytologisk prøve og, dersom indikasjon, portiobiopsi og cervical abrasio.

Påvises CIN II/III eller AIS gjøres konisering.

Dersom den cytologiske prøven gir mistanke om carcinomutvikling, bør pasienten undersøkes av gyn.onkolog som vurderer videre utredning og behandling.

Cancer cervicis uteri

Cervixcancer er en av de hyppigste cancerformer i graviditet.

Tidlig cancer (microinvasiv, st.IA) gir ingen symptomer. Symptomer i mer avanserte stadier kan være postcoitale blødninger, spotting og illeluktende, gjerne gulbrun fluor.

Cytologisk prøve fra cervix har lav sensitivitet ved cancer (60 - 70 %).

Ved blødninger i svangerskapet er det viktig å gjøre gynekologisk undersøkelse og se spesifikt på cervix etter tumor eller ulcerasjon som kan gi mistanke om cancer. Finnes suspekt område, bør det tas biopsi.

Ved påvist cervixcancer i svangerskapet er behandlingen avhengig av svangerskapets lengde, sykdommens stadium og ønske om preservering av svangerskapet.

Utredning og behandlingen foregår ved seksjon for gynekologisk onkologi.

Man kan trygt foreta MR bekken for å vurdere utbredelse av tumor og eventuelle lymfeknuter. Pasienten skal undersøkes i narkose for stadiesetting.

1. Mikroinvasiv cancer: Konisering kan være aktuelt, gjerne etter 12. svangerskapsuke.
2. Stadium IA2 – IB1: Meigs operasjon kan være aktuelt etter forløsning eller med intakt svangerskap dersom preservering av svangerskapet ikke er ønskelig.
3. Ved mer avansert cancer er strålebehandling aktuelt. Kan gis med intakt foster; fører da alltid til abort innen 24 – 34 dager.

I noen tilfeller kan det være aktuelt med neoadjuvant kjemoterapi for å forlenge svangerskapet inntil fosteret er levedyktig.

Forløsning ved ubehandlet cervixcancer skal alltid foregå med keisersnitt pga fare for tumorinplantasjon i episiotomi.

Cancer ovarii

- Rutinemessig ultralydundersøkelse i svangerskapet kan vise cyster eller tumores som gir mistanke om ovarialcancer.
- Noen kvinner har symptomer i form av smerter eller ukarakteristiske symptomer. Ved ultralydundersøkelse kan man da påvise cyster eller tumores som kan være cancer.
- Ultralydfunnet kan være mer eller mindre suspekt på cancer avhengig av tilstedeværelse av ascites, ekskresenser i cystene, solide områder, metastaser eller implantater i peritoneum.
- CA125 er normalt forhøyet i svangerskapet og er sjelden til nytte i differensiering mellom benign og malign lesjon i et ovarium
- Behandlingen avhenger av svangerskapets lengde, ønsket om å preservere svangerskapet og graden av sikkerhet i diagnosen.
- Behandlingen foregår ved seksjon for gynekologisk onkologi i samarbeid med obstetrisk seksjon.
- Ønskes svangerskapet preservert, bør operasjon utsettes til etter 16 svangerskapsuker. Man kan da fjerne begge ovarier, oment og eventuelt andre tumores mens svangerskapet preserves.
- Foreligger utbredt sykdom, kan man gi kjemoterapi etter 14 -16 avangerskapsuker med moderat risiko for fosteret. Forløsning med sectio, gjerne noe prematurt avhengig av utbredelse av cancer. I forbindelse med sectio gjøres radikaloperasjon for cancer dersom det foreligger disseminert sykdom. I det minste gjøres full stagingoperasjon (ensidig adnexektomi, omentectomi og lymfeknutetoilette i bekken og paraaortalt) dersom betingelser for fertilitetsbevarende behandling foreligger.

Maligne trofoblastsvulster

Sjelden tumorform: 6 – 10 tilfeller i Norge per år.

Tumor oppstår i relasjon til svangerskap. Det kan være fullgått svangerskap, abort, ektrauterin graviditet eller mola. Ikke alle pasienter kjenner til at de har vært gravide. Ubehandlet har tumor et stort malignitetspotensiale, metastaserer tidlig, vokser hurtig og fører ubehandlet til tidlig død. Metastasene er gjerne hematogene, særlig lunge og hjernemetastaser, men også andre som skjelett, lever og lokale tumores i underlivet. De aller fleste maligne trofoblasttumores har forhøyet og gjerne stigende hCG-verdier. Unntaket er malign trofoblast site tumor som ofte har lav eller ikke stigende hCG-verdier. Placenta site tumor er meget sjelden.

Avgjørende for hvor lenge hCG kan påvises er utgangsverdien for hCG og pasientens tilstand, særlig varigheten av eventuell vaginalblødning.

Eliminasjonstid for hCG

	Eliminasjonstid	Kommentar
Provosert abort	16 – 60 dager	
Spontan abort	9 – 35 dager	
Ekstrauterin graviditet	1 – 31 dager	

Keisersnitt	1 (-2) uker	Eliminasjonstiden avhenger blant annet av fosterets kjønn. hCG forsvinner raskere etter fødsel av gutter enn av piker, særlig den første tiden etter at placenta er kvittert/fjernet.
Vaginal fødsel	1 (-2) uker	
Mola hydatidosa	Opptil 230 dager	Antagelig på grunn av høye utgangsverdier

Stigende HCG- verdier uten levende foster er meget suspekt på trofoblasttumor. De fleste er benigne: Komplette eller partiell mola. Diagnosen stilles ved ultralydundersøkelse og histologisk undersøkelse av utskrapsmateriale eller abortrester.

Unndersøkelse av pasienter suspekter på malign trofoblast-tumor foregår ved seksjon for gynekologisk kreft. Det er sjeldne tumores, men muligheten må overveies ved funn forenlig med malign tumor i relasjon til svangerskap. Følgende tilstander gir særlig misstanke:

- Alle tumores med ukjent histologi i relasjon til svangerskap.
- Symptomer eller funn som gir misstanke om lungemetastaser (hemoptyse, hoste, dyspnoe, sting i brystet) i relasjon til svangerskap.
- Symptomer på hjernemetastaser (hodepine, kvalme (særlig morgenkvalme), endret personlighet, nevrologiske utfall tydende på sentral lesjon, bevisstløshet, kramper etc)
- Ved påvist malign tumor med ukjent utgangspunkt i relasjon til graviditet.
- Ved påvist disseminert cancersykdom i relasjon til svangerskap.
- Tumor i genitalia, for eksempel vagina og uterus.

Biopsi av tumor kan gi store blødninger. Man må derfor være tilbakeholden med biopsi i organer hvor blødning kan tenkes å gi problemer, for eksempel lunge og lever. Ved misstanke om malign trofoblasttumor tas MR caput, CT thorax, CT abdomen og MR skjelett avhengig av symptomer og funn. Dessuten HCG-bestemmelser - flere verdier for å følge utviklingen.

Behandling av maligne trofoblastsvulster er sentralisert til Radiumhospitalet. Innleggelse der vil i mange tilfeller være som halvøyeblikkelig hjelp, og man tar alltid telefonisk kontakt for å avtale innleggelse.