

# GynObstetrik



## Gynekologiska tumörer

Health Department

the33 ©

## *Innehållsförteckning*

Gynekologiska tumörer.....	2
Myom.....	2
Borderline tumörer.....	2
Corpus cancer.....	3
Diagnostik enligt FIGO.....	4
Cervix dysplasier och cervix cancer.....	4
Screening efter cervix dysplasier.....	5
Konisering.....	7
Ovarial cancer.....	7
Ultraljud fynden vid ovarial cancer.....	8
RMI.....	9
Behandling av ovarial cancer.....	9
<i>Preoperativt</i>	
<i>Val av operations typ</i>	
<i>Postoperativt</i>	

## Gynekologiska tumörer

### Myom

**Definition**→ Myom är benigna tumörer som utgår från myometiet (Se anatomi avsnittet).

Myom förekommer hos 30-40 % av kvinnor över 35 års ålder.

Oavsett lokalisering (figur 1) av myomet, ger de vanligen symptom först de nå en viss storlek.

**Symptom**→ symtom bilden karakteriseras i menorragier, trycksymtom från blåsan och tarmen eller infertilitet.

#### Olika typer av myom

Submukösa myom→ Leder ofta till upprepade spontana aborter.

Subserösa – och stjälkade myom→ Torkveras och ge symptom som påminner om symptomen vid adnextorsion.

Samtliga myom kan i sällsynta fall drabbas av cirkulationsstörningar, vanligen i samband med snabb tillväxt ex. vid graviditet.

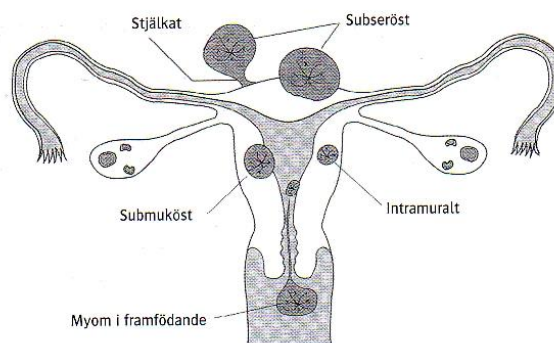
Detta kan leda till intensiva smärtor, allmänpåverkan, feber och förhöjd CRP. I dessa fall kan central nekros uppkomma.

#### Behandling av myom

Kirurgisk åtgärd är vanligen att rekommendera, dels i symtomlindrings försök och dels för att klargöra diagnosen. Nekros med liknande sjukdomsbild förekommer ibland vid vissa maligniteter (leiomyosarkm, ovarialcancer och tubarcancer).

### Borderlinetumörer

**Definition**→ lågt maligna tumörer i ovarierna med god prognos (5 års överlevnad cirka 85-90 % och ännu högre beroende på behandlings strategi).



Figur 1. Schematisk lokalisering av myom.

Recidivriskerna beräknas som 15 % om patienten behandlats med unilateral Salpingooforektomi (unilateral-SOE) jämfört med endast 5 % vid bilateral Salpingooforektomi (bilateral-SOE).

**OBS!** Hysterektomi + Bilateral-SOE är rekommenderat efter barnafödande.

**OBS!** endast en liten andel patienter visar CA-125 positiv.

## Corpus cancer

---

**Definition** → endometrie cancer är en malign tumörsjukdom som drabbar slemhinnan i corpus (se anatomi avsnittet). Den förekommer hos kvinnor > 35 års ålder och brukar vara asymtomatisk i det tidiga skedet. En normal rutin cell prov utesluter inte corpus cancer.

5 års överlevnad beräknas som 85 % (för alla stadier).

### Riskfaktorer

- Obesitas
- Ålder (> 55 år)
- Diabetes Mellitus
- Hypertoni
- Infertilitet
- Östrogenbehandling utan gestagetillägg
- Tidigare cytostatika behandling (ex. Tamoxifen®)
- Hereditet (HNPCC)

### Symtom

- Blödningsrubbingar ex. PMB/Metrorragi (se avsnittet blödningsrubbingar) hos en överviktig äldre dam.

### Diagnostik

- Anamnes (fokus på blödnings anamnes och andra sjukdomar)
- Gynekologisk undersökning
  1. Spekulum undersökning
  2. Bimanuell palpation
  3. Ultraljudvaginalt (endometriet skall inte överstiga 5mm i det tjockaste området hos en kvinna utan HRT behandling).

- Pipelltest- i gynomtagningen- om ej signifikant resultat trots misstanke gå vidare med.
- Fraktionerad abrasio- med palpation i narkos.

### *Stadie indelning av corpus cancer*

Delas i tre olika grad enligt FIGO:

- **FIGO 1**→ hög differentierad, cirka 90 % av fallen (god prognos).
- **FIGO 2**→ Medelhög differentierad.
- **FIGO 3**→ låg differentierad, cirka 10 % av fallen (sämre prognos).

4

### *Behandling*

Som alla andra maligna tumörer beror behandlingen på differentierings grad och utspridningen av tumören. Behandlingen är kirurgisk och i allmänt finns det tre olika typer av operationer och välja bland:

- Total hysterektomi
- Total hysterektomi + Bilateral-SOE
- Radikal hysterektomi

Låg risk tumörsjukdom→ Total hysterektomi + Bilateral-SOE

Hög risk tumörsjukdom→ Radikal hysterektomi + Bilateral-SOE + körtelutrymning i pelvis till v. renalis nivå.

Vid recidiv kan patienten behandlas med adjuvant radioterapi eller cytostatika eller kombination.

## **Cervix dysplasier och cervix cancer**

---

### *Allmänt*

Det finns en klar koppling mellan HPV infektion och dysplasier i cervix samt med förekomsten av cervix cancer (se HPV avsnittet). Trots att 90 % av alla HPV infektioner läkar spontant inom 2 års period så har vi 10 % som fortsätter ha infektionen som är oftast tyst och därför är risken stort att missa den. Missad HPV infektion leder till cervix dysplasier som i sig är förstadiet till cervix cancer. HPV infektion finn hos 99,8 av alla cervix cancer fallen.

Det finns däremot andra riskfaktorer förutom HPV som kan leda till cervixcancer:

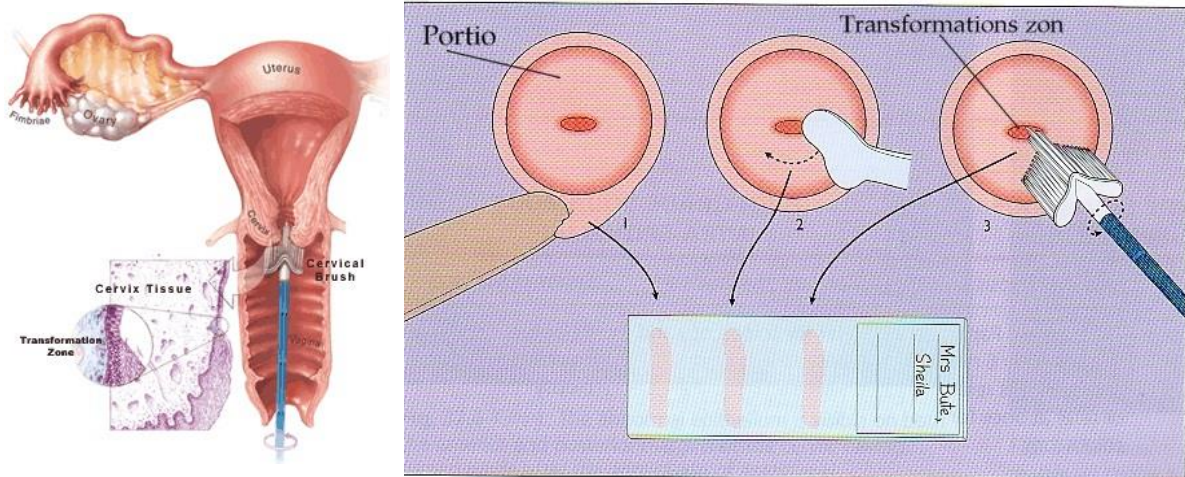
---

- Rökning
- Immunosuppression (ex. HIV)
- Genetiska faktorer
- Antal partner
- Långvarig användning av p-piller (omdiskuterat)

## Screening efter cervix dysplasier

Alla kvinnor i åldern mellan 25 och 60 skall screenas med cellprov vart tredje år (PAP-smear=cellprov, figur 2).

5



Ref: <http://davislund.blogspot.se/2010/07/new-pap-smear-guidelines-rationing.html>

Ref: Jeremy Oats et al

**Figur 2.**

Metoder för att samla celler från livmoderhalsen för cytologisk undersökning med:

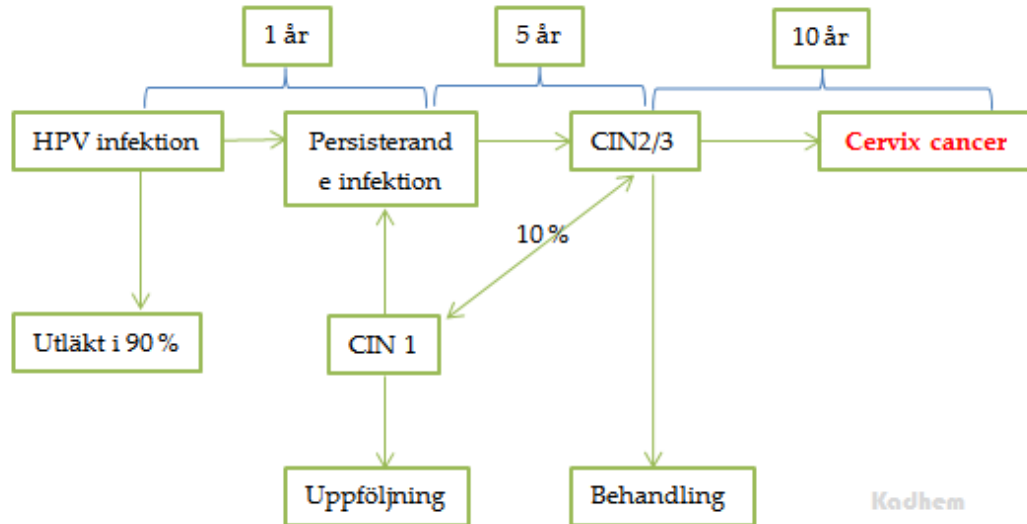
1. Ett speciellt trä spatel.
2. En Ayre spatel (speciell formad för att kunna snurras runt transformations zon).
3. En cervix borste.

### Fråga: när tar man cellprov?

Svar: Indikation, SM, MP, Partus, graviditet och hormontillförsel. Även vid symtom och anamnes på ny partner/oskyddat samlag, Atrofi, infektion och VAIN eller VIN.

### Utredning av cervix dysplasier

Det tar ungefär 1-5 år för att en dysplasi relaterad till HPV infektion kan vara synlig vid undersökning, om den inte läkar spontant av sig självt som den gör i cirka 90 % av fallen(figur 3).



**Figur 3.**

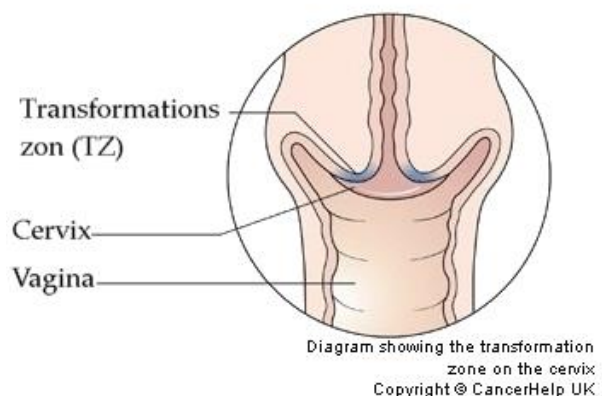
Flödesschema för HPV infektionsutveckling, utredning och ev. behandling.

Utredning på gynmottagningen riktas mot biopsi tagandet för att kunna reda ut cellförändrings grad enligt CIN.

Utredning sker med **kolposkopi** av transformations zonen det vill säga övergången från skivepitel i vaginan till cylinderepitel i cervix (figur 4).

Undersökaren pensla portio med Ättiksyralösning först och sedan med Jod lösning. Detta gör det möjligt att se eventuella förändringar bättre så att riktade biopsier tas.

**OBS!** CIN är ingen tumörmarkör utan endast cellförändrings indikator.



**Figur 4.**

Schematisk lokalisation av Transformations zon.

**Patienter med cellförändringar brukar ha långvarig uppföljning.**

CIN1 → inga åtgärder utan avvakta cirka 2 år (särskilt för yngre kvinnor). Ny PX och ny bedömning.

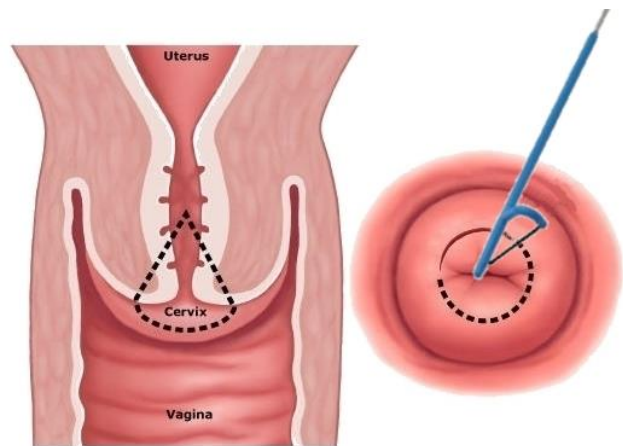
CIN2/3 → behandling krävande förändring → **Konisering**.

Konisering (Eng. *Fischer Cone Biopsy*) innebär avlägsnandet av transformationszonen med hjälp av en speciell formad diatermi instrument (figur 5) med lokal bedövning i de flesta fallen.

Det borttagna PX skickas till patologen för bedömning.

Konisering är ingen riskfri behandling. Komplikationer som förknippas med konisering kan sammanfattas i följande:

- Blödning
- Infektion
- Cervixstenos
- PPRM



**Figur 5.**

Konisering och avlägsnandet av transformationszonen.

Ref. <http://www.medexpressrx.com>.

Modifierat av Kadhem

**OBS!** HPV är av stor betydelse inom vården på grund av dess carcinogena risker på långsikt och kopplingen till HIV, och dels på grund av möjlighet för profylaktisk skydd md vaccin. Det finns idag två vacciner mot HPV infektion (Gardasil® och Cervarix®) och har bästa dokumenterad skydd innan sexdebut.

## Ovarial cancer

---

### Anamnes

Hereditet för ovarial cancer eller annat malignitet?

Smärtor?

Smärtlindring och eventuella effekter?

Ofrivillig viktnedgång?

Nattligasvettningar?

Ökat buk omfång/resistenser?

Förändrade avföringsvannor



### ***Hereditet***

Cirka 10 % av kvinnorna som drabbas av ovarial cancer har en ärftlig komponent. Ärftligheten bestäms av specifika gener som kallas för BRCA1 och BRCA2. BRCA1 ansvarar för den största andelen och står för cirka 40-50 % av alla ärftliga fall medan endast 20-30 % har BRCA2.

Det är därför av stor betydelse att fråga patienten om hon har någon i de nära släkten ex. mor/moster som har haft ovarial cancer eller bröstcancer.

**OBS!** Det är högre sannolikhet att patienten hör till risk gruppen om hon har en mor som har dött i ovarial cancer/bröstcancer i tidig ålder.

### ***Status***

Lymfkörtlar, notera förekomsten av Virchows körtel som är en lymfkörtel lokaliserad till vänster av fossa supraclavicularis och som tar sitt lymfatiska avflöde från buk kaviteten. Virchows körtel kallas även för "Eng. *Seat of the devil*" på grund av dess koppling till maligna sjukdomar.

Buk palpation → resistenser? Ömhet? Ascites?

Gynekologisk undersökning → Spekulum och bimanuell palpation.

Rektovaginalundersökning → Förekomsten av resistenser? Rektala eller vaginala? Douglasresistens?

### ***Ev. Vaginal ultraljud***

**Fråga: vilka kriterier på ultraljud fynden som öka sannolikheten om maligna förändringar?**

Svar:

1. Ascites
2. Solida partier
3. Bilaterala cystor/förändringar
4. Intraabdominala metastaser

### ***Diagnos***

Baseras på tre olika undersökningsmetoder:

- I. Mestruations status → Postmenopausal ger högre poäng/högre sannolikhet.
- II. Ultraljudfynden → Ju flera malignitet mistänkta fynd desto högre sannolikhet
- III. Serummarkörer → CA125 (ovarial markör) och CEA (GI-markör)

Man använder sig av en formel för att beräkna risken för ovarial cancer. Formeln kallas för **RMI** (Eng. *Risk for Malignancy Index*) och beräknas enligt nedan:

$$\text{RMI} = \text{U} \times \text{M} \times \text{CA125}$$

9

## **Behandling**

### **Preoperativt**

Som alla andra tumörsjukdomar måste patienten genomgå en preoperativt tumör utredning. Vid ovarial cancer bör metastasering till övriga organ i buken och torax uteslutas med CT eller MRT. Bäckens MRT är också viktigt för kartläggning av tumörens storlek och utspridning (överväxt på närliggande organ) enligt TNM.

### **Operation**

För bästa överlevnad föredras en total hysterektomi samt bilateral salpingo-oophorektomi (BSOE) och borttagandet av omentom, tarmdelen som är engagerad samt det peritoneala delen. Splenektomi för att förhindre/minimera återfall samt lokal lymfkörtel utrymning upp till v. renalis nivå. Detta ger det bästa makroskopisk tumör radikering.

### **Postoperativt**

För att kunna försäkra eradikering bör patienten få adjuvant cytostatika behandling. Kurer bestämmas i samband med onkolog kliniken och beror på patientens ålder, komorbiditet och allmänna tillståndet.

### **Överlevnad**

5 års överlevnad för stadium II efter en total radikering med dagens behandlings möjligheter beräknas som 35-55 %