OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Kvinnosjukvård
Innehållsansvar: Lisa Löf, (lisma27), Överläkare
Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef
Giltig från: 2026-10-01
Giltig till: 2026-12-31

Mola hydatidosa

Revidering i denna version

Endast språkliga ändringar i denna version.

Sammanfattning

Mola hydatidosa är en genetiskt onormal graviditet av paternellt ursprung där trofoblasterna prolifererar till cystliknande blåsor. Det makroskopiska utseendet kan likna en druvklase.
P-CG-nivåerna är högre än vid en normal graviditet. Definitiv diagnos fås efter PAD.

Incidens 1/500 - 1/1000 graviditeter. Partiell mola är 3 gånger vanligare än komplett mola.

Riskfaktorer Tidigare mola, asiatiskt ursprung, ålder <15 år eller >45 år och hereditet.

	Komplett mola	**Partiell mola**
Karyotyp	46XX, 46XY, helt paternellt ursprung	69XXX, 69XXY, 69XYY. Två paternella och en maternell kromosom eller mosaicism
Placenta	Helt omvandlad	Fokala förändringar
Foster	Inget foster eller hinnsäck	Ofta foster (icke-viabelt, missbildat)
Uterus storlek	Ofta förstorad	Normal eller mindre än väntat för graviditetslängd
Risk för malignitet	Cirka 12 %	Cirka 1 %
Thecaluteincystor	15 - 25 %	Sällan
Symtom	Vaginal blödning, kan förekomma makroskopiska blåsor i vagina. Hyperemesis. Preeklampsi, tyreotoxicos i uttalade fall. Kan vara asymtomatiska	Vaginal blödning Kan vara asymtomatiska

Om onormal blödning efter VA/exaeres eller behov av upprepade exaereser efter missfall – tänk på mola.

Utredning

- Palpation: Uterus större än motsvarande amenorrétid?
- Ultraljud: Snöstormsmönster/stor placenta med rikliga mindre uppklarningar? Foster finns ibland vid partiell mola. Korrekt diagnos fås med ultraljud i 40 - 60 %.
- P-CG: Tag utgångsvärde. Höga nivåer vid komplett mola alternativt lätt förhöjda vid partiell mola

Behandling

Graviditeten ska avbrytas snarast. Vakuumexaeres används oavsett graviditetslängd. Prostaglandiner kan ges för cervixutmognad.

Vid större uterus än 12 veckor förbehandling med prostaglandin som vid medicinsk abort vecka 12+1 - 22+0, se rutin ”Medicinsk abort”. VA sker när vaginal blödning startat.

Exeres vid molamisstanke

1) Patient skrivs in kl 06.30 på avdelning 35 på operationsdagen
2) Patient ska stå först på operationsprogrammet
3) I samband med inskrivning sätts PVK, tas Hb och bastest.
4) Cytotec ges till patient på avdelning 35 kl 07.00, operationspersonal (vid elektiv exeres Opkoordinator tel 51541, vid akut exeres akutkoordinator på operation tel 51555) informeras då det i sällsynta fall kan uppstå stora blödningar.

Oxytocindropp ska finnas i beredskap och bör startas först *efter* utrymning av uterus för att minska risk för trofoblastembolisering. Det är viktigt med noggrann tömning av kaviteten. Risk finns för blödning, uterusperforation och atoni, därför ska blod finnas i beredskap. Ingreppet bör utföras av van operatör.

Preparat ska skickas till PAD för diagnos. För att underlätta patologisk bedömning ska graviditetstid stå med i remiss. Det ska begäras snabbsvar med frågeställning trofoblastsjukdomar/mola.

Rh-profylax ges som vid kirurgisk abort.

Uppföljning

1. Efter **PAD:** anmälan till Onkologiskt centrum (både komplett och partiell mola) och remiss till Karolinska för eftergranskning av PAD. Om PAD visar invasiv mola, choriocarcinom eller placental site trophoblastic tumor

alternativt metastaser påvisas på röntgenbilder tas kontakt med JK/Sahlgrenska för fortsatt omhändertagande.

2. **Besked om PAD och information** vid telefonkontakt eller återbesök. Noggrann lättförståelig information är mycket viktig. Se även Patientinformation Mola.
3. Kontroll med **gynekologisk undersökning och ultraljud** efter 4 veckor.
4. **P-CG** fungerar som tumörmarkör. Följs var 14 dag till två negativa prov. Efter dessa två negativa prov kan kontroll av **partiella molor** avslutas och ny graviditet tillåtas.
   Vid **komplett mola** fortsätter kontroll av P-CG var fjärde vecka i ett halvår. Efter sex månaders negativa P-CG tillåts ny graviditet.
   Upprepade P-CG kan lämpligen tas på hemortens vårdcentral med remiss från kvinnokliniken.

5. P-CG förväntas sjunka för varje provtagning. Det ska
   - Bli negativt inom 8 veckor efter VA
   - Vara jämnt sjunkande
   - Inte lägga sig på platåvärde

Vid stillastående eller stigande värden ska P-CG tas varje vecka.

Om P-CG inte sjunker som förväntat alternativt stiger ska kontakt tas med JK/Sahlgrenska för ställningstagande till kompletterande behandling (oftast cytostatika som metotrexat/folsyra). Generellt avstås upprepad exaeres. *Om kompletterande behandling ges bör patienten vänta till ett års negativa P-CG-värden erhållits innan försök till ny graviditet*.

6. Säkert **preventivmedel** viktigt för tillförlitlig uppföljning. P-piller och barriärmetoder kan påbörjas direkt. Spiral först efter negativt P-CG på grund av risk för uterusperforation.

Oväntad moladiagnos efter PAD vid patologisk graviditet

Ta P-CG så snart som möjligt för att ha som utgångsvärde, eventuellt på hemortens vårdcentral. Telefonuppföljning alternativt snart återbesök efter individuell bedömning för information. Uppföljning i övrigt med preventivmedel och P-CG-kontroller enligt ”Uppföljning” ovan.

Prognos

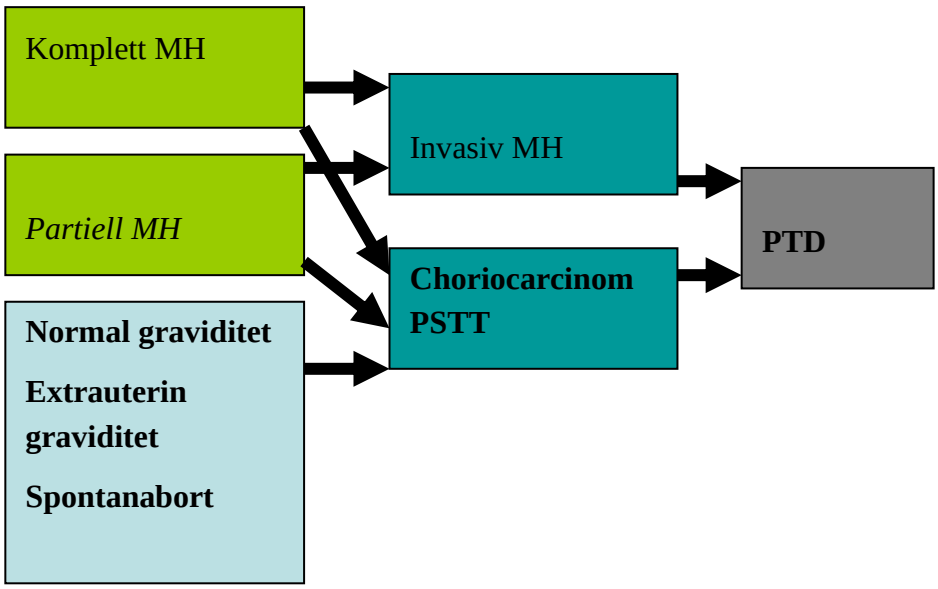
Mycket god prognos för att uppnå ny, normal graviditet. Risk för upprepad mola är 1 – 2 % och efter två tidigare mola 10 – 20 %.

Uppföljning av ny graviditet

Vid ny graviditet; kontroll med vaginalt ultraljud i första trimestern (vecka 8 - 9). U-CG med känslig metod (25 IU/L) eller P-CG bör tas sex veckor postpartum. (Tre veckor postpartum har 99 % av patienterna normaliserat P-CG.)

När barnmorska på BMM får kännedom om en patient som tidigare haft mola, bör detta tas upp på planeringsrond. I anteckning i MHV3 skrivs planering: Ultraljudskontroll via gynmottagningen i första trimestern. Patienten ska kontrollera U-CG alternativt P-CG sex veckor postpartum. Hur provtagning ska ske planeras vid hemgång från BB.

Invasiva trofoblastsjukdomar (Persistent Trophoblastic Disease, PTD)



Malignisering efter graviditet diagnostiseras ofta några veckor till cirka fyra månader postpartum/postabortum men debut kan ske så sent som 15 år efter senaste graviditet.

Patienter med initialt höga P-CG (>100 000 IE/L), stor uterus, thecaluteincystor, preeklampsi eller hypertyreos har högre risk för persisterande trofoblastsjukdom.

Invasiv mola

Molavävnad invaderar myometriet. Metastaser kan finnas i vagina och lokalt i bäckenet. Perforation av uterus kan ske med livshotande blödning. DIC kan förekomma. Fjärrmetastaser kan finnas.
Behandlas med cytostatika.

Choriocarcinom
Högmalign och snabbt metastaserande tumör med symtom som vaginal blödning eller symtom från fjärrmetastaser som hemoptys, hosta, bröstsmärta eller cerebrala symtom. Cytostatikakänslig.

Placental site trophoblastic tumor (PSTT)

Mycket ovanlig, växer infiltrativt, P-CG ofta tämligen låga. Behandlingen är primärt kirurgisk.
Samtliga invasiva trofoblastsjukdomar behandlas via JK/Sahlgrenska.

Referenser

Nationellt vårdprogram för trofoblastsjukdomar (2021)
Förslag till Nationellt vårdprogram Gestationella trofoblastsjukdomar (2016)
RCOG Green-top Guideline nr 38, feb 2010:1-11.
Brännström M: Trofoblastsjukdomar. In Janson PO, Landgren BM, editors. Gynekologi. Lund, Studentlitteratur 2010
Horowitz NS, Goldstein DP, Berkowitz RS: Management of gestational trophoblastic neoplasia. Semin Oncol 2009;36(2)181-189.
Joneborg U, Marions L: ABC om mola hydatidosa och andra trofoblastsjukdomar. Läkartidningen 2005;102(16):1247-1250.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kvinnosjukvård

Innehållsansvar: Lisa Löf, (lisma27), Överläkare

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10091-662869119-163

Version: 10.0

Giltig från: 2026-10-01

Giltig till: 2026-12-31