

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Giltig från: 2024-03-19

Innehållsansvar: Christina Björkenfeldt Havel, (chrbj2), Överläkare

Giltig till: 2026-03-31

Granskad av: Pasi Bauer, (pasba1), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Gynekologisk cancer – kontroll efter behandling

Revideringar i denna version

Revidering markerad med gult.

Bakgrund, syfte och mål

- Lättillgänglig sammanställning av kontrollrutiner för patienter som behandlats för gynekologisk cancer.
- Optimering av vårdnivå.
- Ökad kontinuitet i patient-/läkarkontakt.

Arbetsbeskrivning

Grundprinciper

- Patienter, som behandlats för gynekologisk cancer ska **följas med kontroller enligt RMR** (Regional Medicinsk Riktlinje). OBS! Att kontrollerintervallen i RMR kan skilja sig från de som rekommenderas i nationella vårdprogram.
- **Rapportering i INCA** (Nationell plattform för kvalitetsregister) ska göras vid varje kontroll i 5 år. Ansvarig för rapportering är den som gör kontrollen. Vid rutinkontroll utan recidiv kan det göras diktat ”INCA-registrering”. Vid recidiv och dödsfall rapporterar den som konstaterar recidiv respektive har patientansvar vid dödsfallet.
- **Efter avslutad primärbehandling** får patienten skriftlig information om planerade kontroller.
- Patienter som har låg risk för recidiv eller behandlingskomplikation, kontrolleras hos remitterande öppenvårdsspecialist eller specialist utanför tumörteamet på SkaS.

- Patienter med ovanliga diagnoser eller högre risk för recidiv eller behandlingskomplikation, kontrolleras på gynnottagning av läkare i tumörteamet på SkaS.
- Patienter i palliativt skede sköts via gynekologisk onkologimottagning och har återbesök där.
- På bokningsunderlaget ("lila lapp") anges "Cancerkontroll" under "Varför behöver patienten återbesök?". Om bokning ska göras till tumörteamet anges i kommentarsrutan "Tumörteam". Bokningsteamet har information om vilka som ingår i tumörteam för kontroller.
- "**Hälsokattning för cancerrehabilitering**" skickas med kallelse till kontrollbesök via 1177.se och går igenom vid kontrollbesöket. Vid kallelse via brev skickas inget hälsokattningsformulär. Formuläret går igenom under besöket.
- ***Rehabiliteringsplan** i Fria aktiviteter uppdateras vid behov.

Endometrie-cancer

Kontrollnivå

Patienter som genomgått radioterapi:	Tumörteamet
Övriga:	Specialist utanför tumörteamet

Kontrollbesöket

- Anamnes
 - Med inriktning på recidiv, behandlingsrelaterade symtom efter kirurgi, strålbehandling, cytostatikabehandling och hormonbehandling.
 - Psykosociala besvär.
 - Ärftlighet (HNPCC, eventuell remiss onkogenetisk mottagning).
- Klinisk undersökning med gynekologisk undersökning inkluderande rektalpalpation och vaginalt ultraljud.
- MHT bör erbjudas vid uttalade klimakteriesymtom.
- Uppdatering av rehabiliteringsbehov.

Kontrollintervall

År 1–3	6 månader
År 4–5	12 månader

Uterussarkom

Kontrollnivå

Alla Tumörteamet

Kontrollbesöket

- Anamnes
 - Med inriktning på recidiv, behandlingsrelaterade symtom efter kirurgi, cytostatikabehandling och hormonbehandling.
 - Psykosociala besvär.
- Klinisk undersökning med gynekologisk undersökning inkluderande rektalpalpation och vaginalt ultraljud.
- DT thorax årligen.
- MHT: Vid endometrialt stromacellssarkom är HRT kontraindicerat.
- Uppdatering av rehabiliteringsbehov.

Kontrollintervall

År 1–2 4 månader
År 3–5 6–12 månader beroende på riskbedömning

Epitelial äggstockscancer/äggledarcancer/peritonealcancer

Kontrollnivå

Patienter med komplett remission efter primärbehandling: Specialist utanför tumörteamet
Övriga: Tumörteamet

Kontrollintervall vid kliniskt komplett remission efter radikal operation

År 1–3 6 månader
År 4–5 12 månader

Kontrollintervall vid kvarvarande tumör efter primärbehandling

Individualiseras

Kontrollintervall efter fertilitetsbevarande kirurgi

År 1–5 6 månader (Ca 125 tas)
År 6– 12 månader (Ca 125 tas)

Kontrollbesöket

- Anamnes
 - Med inriktning på recidiv, behandlingsrelaterade symtom efter kirurgi, cytostatikabehandling och hormonbehandling.
 - Psykosociala besvär.
 - Ärftlighet (eventuell remiss onkogenetisk mottagning. [Remiss genetisk analys](#)) eller erbjudande om provtagning ”ovarialcancerpanel” ([Remiss DNA-analys cancergenetik](#)). Se schema [Flödesschema BRCA/HRD reflextestning och genetisk utredning vid äggstocks-cancer](#).
- Klinisk undersökning med gynekologisk undersökning inkluderande rektalpalpation och vaginalt ultraljud.
- Ca 125 används inte rutinmässigt för uppföljning.
- MHT kan ges vid iatrogen prematur menopaus utan risk för återfall eller försämrad överlevnad.
- Uppdatering av rehabiliteringsbehov.

Vid underhållsbehandling med PARP-hämmare gäller:

- Kontrollintervall hos läkare som ovan.
- Ca 125 var tredje månad.

Efter fertilitetsbevarande kirurgi gäller:

- Ca 125 tas vid varje kontroll.
- Kombinerad hormonell antikonception ska undvikas 6 månader postoperativt på grund av trombosrisken.
- Radikal kirurgi rekommenderas efter avslutat barnafödande.

Icke epitelial äggstockstumör

Kontrollnivå

Alla Tumörteamet

Kontrollintervall icke epitelial äggstockstumör utom granulocells-tumör

År 1–2	4 månader
År 3	6 månader
År 4–5	12 månader

Kontrollintervall granulocellstumör

År 1–3	6 månader
--------	-----------

År 4–10

12 månader

Kontrollintervall efter fertilitetsbevarande kirurgi

Som ovan. Därefter med 12 månaders intervall till avslutat barnafödande och radikal kirurgi.

Kontrollbesöket

- Anamnes
 - Med inriktning på recidiv, behandlingsrelaterade symtom efter kirurgi, cytostatikabehandling och hormonbehandling.
 - Psykosociala besvär.
- Klinisk undersökning med gynekologisk undersökning inkluderande rektalpalpation och vaginalt ultraljud.
- Tumörmarkörer och radiologiska undersökningar individualiseras: Hos patienter med förhöjda tumörmarkörer i samband med diagnos och/eller behandling ska dessa kontrolleras inför varje återbesök. Patienter med granulosacellstumör har oftast signalerat med inhibin och AMH.
- MHT: Patienter i iatrogen menopaus bör erbjudas hormonsubstitution. För patienter med granulosacellstumör bör hormonsubstitution endast erbjudas efter noggrant övervägande. För kvinnor med behandlad granulosacellstumör rekommenderas kombinationsbehandling.
- Uppdatering av rehabiliteringsbehov.

Borderline ovarialtumör (BOT)

Kontrollnivå

Alla

Specialist utanför tumörteamet.

Kontrollintervall

Första kontroll 3–6 månader. Vid radikalt opererad BOT stadium 1 avslutas kontrollerna.

Vid högre stadium, därefter:

År 1–2

6 månader

År 3–5

12 månader

Efter fertilitetsbevarande kirurgi, därefter:

År 1–5

6 månader

År 6–10

12 månader

Kontrollbesöket

- Anamnes
 - Med inriktning på recidiv, behandlingsrelaterade symtom efter kirurgi.
 - Psykosociala besvär.
- Klinisk undersökning med gynekologisk undersökning inkluderande rektalpalpation och vaginalt ultraljud.
- MHT kan ges vid iatrogen prematur menopaus utan risk för återfall eller försämrad överlevnad.
- Uppdatering av rehabiliteringsbehov.

Livmoderhalscancer och vaginalcancer

Kontrollnivå

Efter enbart konisering eller trackelektomi: Dysplasiteam

Efter enbart enkel hysterektomi: Specialist utanför
tumörteamet

Efter radikal hysterektomi eller strålbehandling: Tumörteamet

Kontrollintervall

Efter radikal hysterektomi på KK SU:

Telefonuppföljning av tumörkirurg 4–8 veckor. Därefter på SkaS enligt nedan.

Efter radiokemoterapi:

Återbesök på onkologen SU efter 4–8 veckor för biverkningskontroll. Efter 3 månader MRT bäcken och PET-DT och därefter återbesök på SU.

Därefter på SkaS enligt nedan:

År 1–3 6 månader

År 4–5 12 månader

Kontrollbesöket

- Anamnes
 - Med inriktning på recidiv, behandlingsrelaterade symtom efter kirurgi, cytostatikabehandling och strålbehandling.
 - Psykosociala besvär.
- Klinisk undersökning med gynekologisk undersökning inkluderande rektalpalpation och vaginalt ultraljud.
- Kolposkopi görs om kvinnan enbart är koniserad eller trackelektomerad.

- Cellprov
 - Cellprov dubbelanalys tas vid 6 månaders- och 1 årskontroll om kvinnan enbart är koniserad eller trachelektomerad. Därefter årligen.
 - Cellprov dubbelanalys (cytologi och HPV) tas 6 månader och 5 år postoperativt på enbart opererade (hysterektomerade) patienter.
 - Cellprov tas aldrig på strålbehandlade patienter.
 - Kvinnor som genomgått hysterektomi eller radiokemoterapi ska avföras från GCK (gynekologisk cellprovskontroll) genom justerat rutinbrev Gyn 17 till Kallelsekansliet.
 - Kvinnor som enbart koniserats eller trachelektomerats remitteras efter avslutade kontroller på gynnottagning till ”Kontrollfil efter behandling” eller utläkning (KEB-U) genom justerat rutinbrev Gyn 15 till Kallelsekansliet. De kallas då vart tredje år till barnmorskemottagning för cellprov. Se styrdokument [Cervix-dysplasi och mikroinvasiv cervixcancer – kontrollfil efter behandling eller utläkning](#).
- MHT
 - Kvinnor under 45 år bör erhålla substitution och motiverande information om indikationen, inklusive frånvaron av risker med behandlingen.
 - Även till kvinnor över 45 år som har besvärande symtom bör MHT övervägas.
 - Efter hysterektomi rekommenderas östrogensubstitution enbart, ofta i högre doser. Vid kvarvarande livmoder ska även progesteron ges. Sekventiell behandling ska inte förskrivas på grund av risken för hematometra och smärtor till följd av cervixstenos.
- Lokal östrogenbehandling
 - Lokal östrogenbehandling rekommenderas till alla kvinnor med cervix- och vaginalcancer efter radioterapi eller ooforektomi, samt efter klimakteriet livslångt. Även vid samtidig generell MHT efter radioterapi rekommenderas lokal behandling, på grund av minskad lokal effekt av MHT (på grund av fibros och atrofi i slemhinnor och stödjevävnad, även urogenitalt). Ofta är kräm att föredra framför vagitorier, för möjligheten att applicera denna lokalt även i vulva och vaginalöppningen, där störst behov av lokalt östrogen föreligger. Få

kvinnor kan använda Oestring® efter hysterektomi eller radioterapi. Om Vagifem® eller Vagidonna® förskrivs behövs minst 20 mikrogram per applikationstillfälle, efter radioterapi ofta 3 gånger per vecka.

- Uppdatering av rehabiliteringsbehov.

Vulvacancer

Kontrollnivå

Enbart vulvaresektion på grund av lågt statium:	Specialist utanför tumörteamet
Efter lymfkörtelutrymning eller strålbehandling:	Tumörteamet

Kontrollintervall

Första kontroll	3–4 månader efter avslutad primärbehandling (genomgång av sjukdomsperioden, bedömning av läkning, sjukskrivning och biverkningar såsom lymfödem, inkontinens och sexuella besvär).
Därefter år 1–3	6 månader
År 4–5	12 månader

Kontrollbesöket

- Anamnes
 - Med inriktning på nytillkomna symtom och behandlingsrelaterade problem.
 - Psykosociala besvär.
- Klinisk gynekologisk undersökning (inspektion och palpation) och klinisk bedömning av ljumskar (palpation, eventuellt ultraljud).
- Återfallsmisstänkta förändringar biopseras (stansbiopsi i vulva, finnålspunkt i ljumske).
- Vid lichen sclerosus eller immunosuppression behövs individualiserad uppföljning. Vid lichen sclerosus bör livslång behandling med kortisonkräm ges en gång per vecka. Vid välbehandlad lichen rekommenderas uppföljning med 1–2 års intervall även efter avslutad 5-årsuppföljning. Se även styrdokument [Lichen sclerosus i vulva – handläggning](#).
- Uppdatering av rehabiliteringsbehov.

Rutiner vid remittering till öppenvårds-specialist

Till den remiss som sammanfattar patientens sjukhistoria bifogas:

- Kopior av operationsberättelse, PAD, röntgen, JKs bedömning och adekvata labprover.
- [Formulär för remissbekräftelse](#).
- Kopia av detta styrdokument.

Gynmottagningens sekreterare registrerar att remiss skickats och kontrollerar regelbundet att remissbekräftelse inkommer.

När remissbekräftelse inkommit till gynmottagningen görs journalanteckning om detta och bekräftelsen sparas i patientens journal.

I INCA meddelas med mail till monitor vem som övertagit kontrollerna av patienten.

Åtgärder vid recidivmisstanke

När misstanke om recidiv uppkommer vid planerad kontroll eller extra kontakt på grund av nyttillkommet symptom, kan patientens psykiska reaktion och praktiska arrangemang för utredning av det misstänkta recidivet vara tidskrävande. Möjligheten finns då att ta kontakt med gynekologisk onkologimottagning, telefon 0500-43 14 24 mellan klockan 07.30 och 16.30 måndag–torsdag, 07.30–16.00 fredag, som oftast kan ge patienten tid samma dag eller nästföljande dag för psykologiskt stöd, ascites-tappning, pleuratappning, arrangerande för PIN och mellannålsbiopsi i narkos, inläggning eller andra åtgärder som är mer tidskrävande.

Gynekologisk onkologimottagningsläkare kan även kontaktas vid behov av second opinion.

Vid återremittering för misstänkt recidiv har inremitterande läkare kvar ansvaret för fortsatta kontroller tills recidiv konstaterats och SkaS formellt återtagit kontrollansvaret.

Länkar/referenser

Länk till [skriftlig information om kontroller efter avslutad primärbehandling mot gynekologisk cancer](#)

www.cancercentrum.se

Länk till [samtliga patientinformationer om genetisk utredning och målinriktad behandling samt remisser för BRCA-testning](#)

Patientinformation

BOT, efter fertilitetsbevarande kirurgi

BOT, högre stadium än stadium 1, radikalt opererad

Epitelial äggstockscancer, radikalt opererad, kliniskt kompl remission

Granulosacellstumör, efter fertilitetsbevarande kirurgi

Granulosacellstumör, radikalt opererad

Icke epitelial äggstockscancer, radikalt opererad, ej granulosacellstumör

Livmodercancer, efter radioterapi

Livmodercancer, ej radioterapi

Livmoderhals- och vaginalcancer, enbart enkel hysterektomi

Livmoderhals- och vaginalcancer, enbart konisering eller trachelectomi

Livmoderhals- och vaginalcancer, strålbehandlad el rad hysterektomerad

Uterussarkom

Vulvacancer, efter lymfkörtelutrymning eller strålning

Vulvacancer, enbart vulvaresektion p g a lågt stadium

Äggstockscancer, efter fertilitetsbevarande kirurgi

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Christina Björkenfeldt Havel, (chrbj2), Överläkare

Granskad av: Pasi Bauer, (pasba1), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9716-1940753776-146

Version: 11.0

Giltig från: 2024-03-19

Giltig till: 2026-03-31