

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Giltig från: 2024-10-04

Innehållsansvar: Louise Svensson, (lousv5), Underläkare, ST

Giltig till: 2026-10-03

Granskad av: Pasi Bauer, (pasba1), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Trofoblastsjukdomar - handläggning

Revideringar i denna version

Revideringar markerade med gult.

Bakgrund, syfte och mål

NHV uppdrag med centralisering av handläggning av all trofoblastsjukdom till Karolinska Universitetssjukhuset. Alla patienter ska remitteras dit, men handläggs i övrigt som tidigare lokalt här inom kvinnosjukvården SkaS. <https://www.karolinska.se/vard/tema/tema-cancer/backencancer/trofoblastsjukdomar/>

Handläggning av trofoblastsjukdom (GTD = gestational trophoblastic disease) inom kvinnosjukvården.

Trofoblastsjukdom (GTD) har en incidens på 1–2 per 1 000 förlossningar. GTD kan uppkomma efter patologiska eller normala graviditeter.

Indelning av trofoblastsjukdomar (GTD) enligt WHO

- **Molor**
 - Kompletta hydatiforma mola (46xx eller 46xy, maternellt DNA förlorat och dubbelt paternellt DNA).
 - Partiell hydatiform mola (triploida 69XXY el 69XXX, kan ha foster)
 - Invasiv mola.
- **Non-molära trofoblastsjukdomar**
 - Koriocarcinom.
 - Placental site trophoblastic tumor (PSTT).
 - Epiteloid trofoblasttumör (ETT).
- **Övriga trofoblastförändringar**
 - Exaggerated placental site.
 - Placental site nodule.

Kliniskt kan GTD indelas i **benigna** förändringar (exaggerated placental site och placental site nodule), **premaligna** förändringar (komplett hydatiform mola och partiell hydatiform mola) och **maligna** förändringar gemensamt benämnda GTN (= gestational trofoblastic neoplasia). GTN innefattar då invasiv mola, koriocarcinom, PSTT och ETT. Cirka 8 % av molorna blir GTN. Metastasering sker i första hand till lungor följt av vagina, hjärna och lever.

Riskfaktorer

- En tidigare mola ökar risken för en ny komplett eller partiell mola till 1–2 %, och efter två molor ökar risken till 15–20 %. Risken påverkas inte av partnerbyte.
- Ålder < 15 och > 45 år.
- Ovanligt med ärftligt betingad mola, ska dock utredas efter tre molor.

Arbetsbeskrivning

Diagnos

Majoriteten av molor manifesterar sig som icke-viabila graviditeter. Symtomen kan vara precis som vid missfall, d v s kvinnan söker för blödning. Det som tidigare betecknades som klassiska symtom bland annat att uterus är större än tiden och svår hyperemesis är inte så framträdande då kvinnor idag ofta söker tidigt, i första trimestern. S-HCG är förhöjt (ofta > 100 000 IU/L) men kan ligga inom normalvärdesgränserna, särskilt vid partiella molor.

Vaginal ultraljudsundersökning bör göras för att om möjligt identifiera icke-viabila graviditeter som bör undersökas histopatologiskt (PAD). Den typiska ultraljudsbilden beskrivs som ett snöstormsutseende eller schweizerostbild och med relativt stor placenta, dessa tecken är dock mer utvecklade i andra trimestern liksom förekomsten av ovarialcystor.

När PAD inte skickas vid VEX på grund av missfall och vid alla medicinskt behandlade aborter och missfall bör patienten uppmanas att ta U-HCG efter 3–4 veckor för att identifiera dem som behöver följas upp med misstanke om GTD.

Vid re-exeres bör utbytet skickas för PAD. Kvinnor som tidigare haft mola bör vid ny graviditet undersökas med ett tidigt ultraljud (graviditetsvecka 8–9) och kontrollera U-HCG 6 veckor postpartum vid följande graviditet.

Åtgärd vid misstanke om mola

- Preoperativt HCG, bastest, eventuellt behövs spädning av S-HCG vid mycket höga värden.
- Preoperativt Cytotec enligt rutin, se styrdokument [Avbrytande av graviditet – läkemedelsordination och diagnosättning](#).
- VEX med PAD som skickas som snabb svar (OBS! Märk alltid remissen med gestationsålder).
- Ultraljudskontroll efter utrymningen.
- OBS! Risk för stor blödning. Van operatör ska finnas tillgänglig.
- Uteruskontraherande medel endast efter utrymningen. Detta för att minska risk för trofoblastembolisering.
- Rh-negativ ska ha Rh-profylax.
- Eventuell patientinformation [Patientinformation till dig som utreds för misstänkt mola hydatidosa \(druvbörd\)](#).

Remiss till Karolinska Universitetssjukhuset

Alla patienter med konstaterad mola eller annan trofoblastsjukdom ska remitteras till Karolinska Universitetssjukhuset. Remissmall enligt [bilaga](#), bifoga PAD-svar. Remissen till Karolinska ska faxas eller mailas avidentifierad, faxnummer och mailadress finns på hemsidan

<https://www.karolinska.se/varld/tema/tema-cancer/backencancer/trofoblastsjukdomar/>

Personuppgifter ska meddelas NHV-koordinator per telefon 08-123 789 19.

Obs! Kontaktsjuksköterska är koordinator på gynekologisk onkologimottagning. Telefonnummer/fax ska ställas till dem, telefon 0500-43 14 24, faxnummer 0500-47 80 20.

För alla patienter som remitteras till KS skickas kopia på remissen till Gynonkologen JK SU för kännedom. Detta gäller alltså patienter med sjukdom som kräver avancerad medicinsk behandling. I akut skede rings gynbakjour på SU upp avseende ansvar för betalningsförbindelse. Samtalet dokumenteras i journal med KK SUs bakjoursnamn.

Uppföljning av okomplicerad partiell eller komplett mola inom kvinnosjukvården

- Återbesök eller telefonkontakt för information om diagnosen.
- Återbesök med gynundersökning inklusive vaginalt ultraljud efter 4–6 veckor (kan eventuellt avstås om S-HCG snabbt normaliserats).

- Kontakta Gynekologisk onkologimottagning, telefon 314 24 och skicka journalkopia till Gynekologisk onkologimottagning. S-HCG-remitter ska ha Gynekologiska onkologimottagningen och ansvarig läkare som avsändare.
- S-HCG tas varannan vecka. Efter remissvar från Karolinska ska dubbel monitorering ske, det vill säga provtagning för S-HCG som går till laboratoriet på SkaS samt ett prov till laboratoriet på Karolinska sjukhuset.
- Vid platå eller stigande värden kontrolleras S-HCG vävnadsanalys varje vecka.
- Vid partiell mola avslutas kontroller efter två normala S-HCG vävnadsanalys (ref < 0,6).
- Övriga molor kontrolleras till två normala S-HCG vävnadsanalys (< 0,6) och därefter månatliga S-HCG vävnadsanalys i sex månader.
- Säkert preventivmedel (p-piller, spiral) under hela uppföljningstiden med S-HCG vävnadsanalys kontroller. När S-HCG vävnadsanalys kontrollerna har avslutats är nytt graviditetsförsök okej. **En ny graviditet under kontrollperioden är dock inte skäl för avbrytande, men ett tidigt ultraljud bör göras för att verifiera normal graviditet.**
- Patientinformation finns på hemsidan: [Patientinformation Trofoblastsjukdom \(karolinska.se\)](http://Patientinformation-Trofoblastsjukdom(karolinska.se)).
- PAD-svar – fyll i blankett till sekreterare och uppge PAD-nummer, diagnos och diagnosdag för anmälan till RCC.
- Telefonansvarig sköterska på Gynekologisk onkologimottagning är kontaktperson gentemot Karolinskas koordinator.
- **Vid eventuell kommande graviditet rekommenderas tidigt ultraljud för att utesluta upprepad mola, därefter sedvanligt MVC-program utan ytterligare kontroller.**

GTN-kriterier (GTN = gestational trophoblastic neoplasia)

- HCG ligger på en platå (< +/- 10 %) under tre veckor.
- Två konsekutiva HCG-stegringar på ≥ 10 %. Jämför med tidigare prov det vill säga tredje provet är > 20 % högre än första provet.
- Histologisk diagnos koriocarcinom, invasiv mola eller PSTT.

Vid GTN-diagnos genomförs metastasutredning som innebär minst lung-röntgen och CT thorax och ny gynundersökning inklusive ultraljud. Eventuell metastasutredning genomförs efter remissvar eller i samråd med Karolinska inför deras ställningstagande till behandling med

Methotrexate eller cytostatika. Om behandling för GTN blir aktuell genomförs den på SkaS, SU eller på Karolinska.

Vid akut svårt sjuk patient ska direktkontakt tas med Karolinska, telefonnummer, var god se hemsida [NHV Trofoblastsjukdom \(karolinska.se\)](http://NHV.Trofoblastsjukdom(karolinska.se))

S-HCG vävnadsanalys ska vara negativa i ett år efter GTN innan ny graviditet kan rekommenderas.

Kontroller med S-HCG vävnadsanalys görs varannan vecka upp till 6 månader efter avslutad behandling och därefter varje månad upp till 1 år. Därefter tas prov var tredje månad upp till 3 år och efter det var sjätte månad upp till 5 år. Uppföljningen sker på hemortssjukhus eller regional klinik parallellt med NHVc.

MDK trofoblast

Vid svåra fall finns möjlighet till diskussion vid MDK trofoblast som hålls [varannan tisdag, jämna veckor, kl 15.30–16.30](#), var god se hemsidan för information om datum och utbildningstillfällen.

Fall med tvillinggraviditet med mola och ett normalt foster (1/20 000–100 000 graviditeter, mest vid fertilitetsbehandling) och andra svåra fall ska diskuteras i multidisciplinär konferens.

Ansvar

Denna rutin ska spridas till alla läkare inom kvinnosjukvården genom intranätet.

Relaterad information

www.rccvast.se

[Nationellt vårdprogram för Gestationella trofoblastsjukdomar \(GTD\).](#)

Karolinskas hemsida om Trofoblastsjukdom [NHV Trofoblastsjukdom \(karolinska.se\)](http://NHV.Trofoblastsjukdom(karolinska.se))

[Patientinformation Trofoblastsjukdom \(karolinska.se\)](#)

[Patientinformation vid säkerställd trofoblastsjukdom](#)

Arbetsgrupp

Louise Svensson, Maria Widmark och Elize Jonsson.

Remiss till Nationellt Centrum för Trofoblasterjukdom

Remisser skickas till: nhvtofoblasterjukdom.karolinska@regionstockholm.se

Datum: Klicka eller tryck här för att ange text.	Patientens namn: Klicka eller tryck här för att ange text.	Personnummer: Klicka eller tryck här för att ange text.
Aktuellt telefonnummer: Klicka eller tryck här för att ange text.	Diagnos: Klicka eller tryck här för att ange text.	Kombika hemortssjukhus: Klicka eller tryck här för att ange text.
Klinik: Klicka eller tryck här för att ange text.	Sjukhus: Klicka eller tryck här för att ange text.	Region: Klicka eller tryck här för att ange text.
Läkare: Klicka eller tryck här för att ange text.	Kontaktsjuksköterska: Klicka eller tryck här för att ange text.	Telefon/fax: Klicka eller tryck här för att ange text.
Tolkbehov språk: Klicka eller tryck här för att ange text.		

Graviditetsanamnes

Gravida: Klicka eller tryck här för att ange text.	Para: Klicka eller tryck här för att ange text.
Tidigare mola, år: Klicka eller tryck här för att ange text.	Preventivmedel, typ: Klicka eller tryck här för att ange text.

Aktuell graviditet

Sista menstruation, datum: Klicka eller tryck här för att ange text.	Exaeres/utrymning, datum: Klicka eller tryck här för att ange text.
Re-exaeres/ny utrymning, datum: Klicka eller tryck här för att ange text.	Prostaglandin innan/vid exaeres <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Typ: Klicka eller tryck här för att ange text. Dos: Klicka eller tryck här för att ange text.
Oxytocin vid exaeres <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	hCG-värde före exaeres: Klicka eller tryck här för att ange text.
Datum för sista hCG innan utrymning: Klicka eller tryck här för att ange text.	

Symtom och utredning som lett till diagnos

Vaginal blödning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vaginalt ultraljud <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Fynd: Klicka eller tryck här för att ange text.
Blödning från annan metastaslokal <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Vilken: Klicka eller tryck här för att ange text.	Röntgen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Typ: Klicka eller tryck här för att ange text. Fynd: Klicka eller tryck här för att ange text.

NHV Trofoblasterjukdom 2022-05-11

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Louise Svensson, (lousv5), Underläkare, ST

Granskad av: Pasi Bauer, (pasba1), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9716-1940753776-274

Version: 16.0

Giltig från: 2024-10-04

Giltig till: 2026-10-03