

Regional medicinsk riktlinje

Livmoderkroppscancer -

Regional tillämpning av Nationellt vårdprogram

Innehållsförteckning

Vårdnivå och samverkan	2
Bakgrund och syfte	2
Förändringar sedan föregående version	2
Regional tillämpning av det nationella vårdprogrammet	2
Utredning	3
Ärftlighet.....	3
Primär behandling.....	3
Rehabilitering.....	5
Klinisk uppföljning	6
Recidiv	6
Remissrutiner	6
Kvalitetsuppföljning	7
Patientmedverkan och kommunikation.....	7
För vårdgivare.....	7
Referenser	7

Vårdnivå och samverkan

Se [Flödesschema Livmoderkroppscancer](#)

Bakgrund och syfte

Regional medicinsk riktlinje (RMR) för livmoderkroppscancer (även kallat corpus- eller endometrie cancer) följer det Nationella Vårdprogrammet (NVP) för livmoderkroppscancer som gäller från 2012 reviderat senast juni 2024. RMR har utarbetats i samarbete med RCC Väst och är en anpassning till lokala förhållanden i Västra Götalandsregionen (VGR).

För livmoderkroppscancer finns ett standardiserat vårdförlopp (SVF) framtaget, gällande från och med 3 april 2017, och det finns ingen konflikt mellan innehållet i RMR och [SVF](#).

Förändringar sedan föregående version

- Molekylär klassificering i samband med diagnos rekommenderas för bedömning av prognos och beslut om behandling
- Patienter med tumör molekylärt klassificerad som p53-abnormal i stadium I och II rekommenderas postoperativ cytostatikabehandling oavsett övriga riskfaktorer.
- Patienter med tumör molekylärt klassificerad som POLE-muterad (oavsett p53-status) i stadium I-II rekommenderas inte postoperativ onkologisk behandling oavsett övriga riskfaktorer
- Indikationerna för behandling med immunterapi, ensamt eller i kombination med cytostatika eller multikinashämmare, har förändrats.
- Undantaget från operation med portvaktskörteldiagnostik vid definierade lågrisk-kriterier tas bort

Regional tillämpning av det nationella vårdprogrammet

Inga avsteg görs från det nationella vårdprogrammet.

Utredning

Utredning enligt [standardiserat vårdförlopp](#) och [nationellt vårdprogram](#).

1. Vid biopsiverifierad livmoderkroppscancer ska preparat skickas för reflexmässig testning av molekyllära markörer. Biopsi-preparat ska per automatik gå från det lokala patologlaboratoriet till patologi SU/Sahlgrenska för den molekyllära analysen. Svar går till remittenten som ett kompletterande utlåtande på biopsi-svaret med kopia av svaret till kvinnokliniken (KK/SU) och gynonkologen (JK/SU) från patologen SU. I de fall analysen inte har kunnat utföras på biopsimaterial kommer analysen att utföras på operationspreparat.
2. DT-thorax-buk ska utföras för metastasutredning.
3. EIN (endometrial intraepitelial neoplasi) hanteras som livmoderkroppscancer om det i PAD anges som misstänkt övergång i cancer. EIN, utan misstanke om övergång i cancer, är en operationsindikation för hysterektomi på grund av risk för cancerutveckling, men patienten behöver inte genomgå preoperativ metastasutredning och kan opereras på hemorten.

Ärftlighet

För detaljer se [kapitlet om ärftlighet i NVP Livmoderkroppscancer](#).

Patienter med MMR-defekt eller med släkthistoria bör remitteras till [cancerogenetisk mottagning](#) för utredning med avseende på Lynch syndrom. I remissen ska framgå patientens egen sjukhistoria, inkl. cancer och släktanamnes avseende cancerhereditet, samt vilken MMR-defekt som föreligger i tumören (bifoga PAD-svar). En patientinformation för patienter som har tumör med MMR-defekt finns på [RCC:s hemsida](#).

Primär behandling

Kirurgisk behandling

- Alla patienter som bedöms operabla bör genomgå primär kirurgi.

- Minimalinvasiv kirurgisk teknik rekommenderas i första hand.
- Öppen kirurgi kan vara aktuellt beroende på patientfaktorer såsom tidigare kirurgiska ingrepp med adherens-bildning, kontraindikation mot Trendelenburgläge, mycket stor uterus eller om det föreligger spridd tumörsjukdom.
- Operationen ska omfatta borttagande av livmoder, äggstockar, äggledare (BSOE) och portvaktscörtlar (samt oment vid icke-endometrioid histologi). Alla tumörmisstänkta förändringar ska tas bort, tex peritoneala fynd eller förstörade lymfkörtlar.
- Patient som på grund av skörhet eller samsjuklighet inte bedöms kunna erhålla efterföljande strålbehandling ska inte genomgå portvaktscörteldiagnostik, och kan ofta opereras med endast hysterektomi och BSOE på hemorten.
- Reoperation för lymfkörteldiagnostik med portvaktscörtlar från anatomiska lokaler ska utföras vid postoperativ upptäckt av livmoderkroppscancer i följande fall:
 - vid icke-endometrioidt adenokarcinom
 - vid endometrioidt adenokarcinom med någon av följande riskfaktorer: invasion i cervixstroma, myometrieinvasion >50%, höggradig endometrioid tumör, lymfovaskulär invasion (LVSI, mer än fokal) eller p53-abnormal tumör.
- Vid preoperativ misstanke om tumörväxt utanför livmodern bör patienten diskuteras vid multidisciplinär konferens (MDK).
- Fertilitetsbevarande behandling kan vara möjlig för unga kvinnor med högt differentierad endometrioid livmoderkroppscancer eller EIN. För detaljer om fertilitetsbevarande behandling hänvisas till NVP och i de fall det är aktuellt bör diskussion föras vid regional MDK.

Onkologisk behandling

Postoperativ onkologisk behandling

Hänvisas till [flödesschema i NVP](#) Livmoderkroppscancer.

Om ej primär kirurgi har utförts

Individuellt ställningstagande beroende på anledning till att primär kirurgi ej har utförts. Hormonell systemisk behandling eller hormonspiral, strålbehandling, onkologisk medicinsk behandling eller att avstå behandling kan vara aktuellt. Patienten bör diskuteras vid MDK.

Stadium IV samt stadium III med känd resttumör

Individuell behandling beroende på lokalisering och omfattning av metastasering eller resttumör efter kirurgi. Patienten bör diskuteras vid MDK. Kombinationer av kemoterapi, immunterapi, hormonell behandling eller radioterapi kan övervägas. Immunterapi kan ges i kombination med kemoterapi vid MMR-defekt.

Stadieindelning

Stadieindelningen vid livmoderkroppscancer är kirurgisk, dvs baseras på postoperativa anatomiska fynd och sättes postoperativt. Tills vidare används FIGO 2009, se Tabell 1. Om patienten inte har genomgått operation finns även en äldre klinisk stadieindelning.

Tabell 1: FIGO stadieindelning 2009

Stadie	
I	Tumör begränsad till corpus uteri
IA	Ingen invasion eller invasion <halva myometriets tjocklek
IB	Invasion \geq halva myometriets tjocklek
Stad. II	Invasion i cervix stroma men ej utanför uterus
Stad. III	Lokal och/eller regional spridning
IIIA	Invasion av uterus serosa och/eller adnexa
IIIB	Vaginal och/eller parametreväxt
IIIC	Metastaser till bäcken- och/eller paraaortala lymfkörtlar
IIIC1	Positiva bäckenkörtlar
IIIC2	Positiva paraaortala körtlar oavsett pos/neg bäckenkörtlar
Stad. IV	Spridning till blåsa och/eller rektum och/eller fjärrmetastaser
IVA	Spridning till blåsa och/eller rektum
IVB	Fjärrmetastaser, inkluderande intraabdominala metastaser och/eller ljumskmetastaser

Vid isolerade tumörceller (ITC) noteras (i+) till stadiet, men kvalificerar inte för stadium IIIC. Dock behandlas >1 lymfkörtel med ITC som stadium IIIC.

Rehabilitering

Under behandlingstiden görs regelbundna bedömningar av patientens rehabiliteringsbehov och därefter initieras lämpliga insatser.

I [NVP cancerrehabilitering](#) finns riktlinjer för behandling av symtom och biverkningar. Patienter med behandlingsrelaterade biverkningar kan remitteras till: [Regionalt centrum för cancerrehabilitering](#), JK SU. Se även [eftercancern.se](#).

Klinisk uppföljning

Se: [Nationellt vårdprogram för Livmoderkroppscancer](#)

Kontroller föreslås var 6:e månad i 2 år, därefter årligen i upp till 5 år. Kontrollintervallen kan individanpassas i samråd med patienten eller ske helt vid behov. Vid uppföljningen ska långtidseffekter efter behandlingen fångas upp och tillses att patienten har tillräckligt stöd i rehabiliteringen efter cancerbehandlingen. Uppföljningen sker som ett besök hos gynekolog eller gynecolog med anamnes, klinisk och gynekologisk undersökning. Det finns inte evidens för att regelbundna uppföljande kontroller förbättrar prognosen vid ett eventuellt återfall då det oftast är symtom som leder till diagnos av återfall.

Lokala vaginala recidiv visar sig oftast med symtom såsom blödning. Det är viktigt att patienten är välinformerad och uppmanas att söka direkt vid symtom. Det ska vara lätt för patienten att ta kontakt via kontaktsjuksköterska för att få en snabb tid för undersökning vid behov.

Recidiv

Ett misstänkt recidiv bör om möjligt PAD-verifieras (inklusive MMR-analys om inte tidigare utfört). Vid misstänkt eller verifierat recidiv bör radiologisk utredning med DT buk och thorax utföras. Vid lokaliserat recidiv övervägs i första hand kurativt syftande kirurgi eller strålbehandling. Vid spridd sjukdom kan medicinsk onkologisk behandling vara aktuell. Behandlingen utformas individuellt utifrån patientens förutsättningar och sjukdomens egenskaper och bör diskuteras vid MDK.

Remissrutiner

Se: [Flödesschema Livmoderkroppscancer](#)

- Vid misstanke om livmoderkroppscancer hänvisas till utredning enligt [SVF-förlopp för livmoderkroppscancer](#)
- Vid primär diagnos av livmoderkroppscancer ska remiss ställas till KK/SU för planering av primärbehandling enligt ovan
- Vid diagnos av recidiv ställs remissen till JK/SU
- Vid behov remiss till regional [MDK gynecancer](#)

Se: [Regional medicinsk riktlinje – Remiss inom hälso- och sjukvård](#)

Kvalitetsuppföljning

Behandling, uppföljning och onkologiskt utfall följs genom registrering i det [nationella kvalitetsregistret för gynekologisk cancer \(SQRGC\)](#).

Alla kvinnokliniker och gynnottagningar som handhar livmoderkroppscancer ska ha rutiner för digitalt ifyllande av uppgifter till registret

Patientmedverkan och kommunikation

Kontaktsjuksköterska

För att underlätta information och kommunikation mellan patient och vårdenhet, ska varje patient vid diagnostillfället erbjudas en namngiven kontaktsjuksköterska. Kontaktsjuksköterskan är ansvarig för att ”Min vårdplan” upprättas samt är delaktig i ”Aktiva överlämningar”. Funktion och uppdrag finns beskrivet i [NVP Cancerrehabilitering](#).

För vårdgivare

[Nationellt vårdprogram livmoderkroppscancer](#)
[Standardiserat vårdförlopp livmoderkroppscancer](#)

Referenser

[Nationellt vårdprogram livmoderkroppscancer](#)

Innehållsansvarig

Regionala processledare Åsa Åkesson KK SU/SS och Åsa Lång JK SU/SS, tillsammans med representanter från den regionala processgruppen för livmoderkroppscancer och Regionalt cancercentrum Väst.

Bilagor

[Flödesschema Livmoderkroppscancer](#)