

Tillämpning av Nationellt vårdprogram Endometrie cancer

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2018-00564) giltigt tom 2020-06-26.
 Utarbetad av Regional vårdprocessgrupp för Corpuscancer

Huvudbudskap

Regional medicinsk riktlinje (RMR) för endometrie cancer utgår från det Nationella Vårdprogrammet (NVP) som gäller från 2012 reviderad 2017. RMR har utarbetats i samarbete med Regionalt cancercentrum väst och är en anpassning till de lokala förhållandena i Västra sjukvårdsregionen (Västra Götalandsregionen och Region Halland).

För endometrie cancer finns ett standardiserat vårdförlopp (SVF) framtaget, www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kortare-vantetider/vardforlopp/ gällande fr o m 3 april 2017, och det finns ingen konflikt mellan innehållet i RMR och SVF. SVF beskriver vad som ska göras medan RMR utvecklar hur.

Vid fastställd diagnos av endometrie cancer indelas patienten till antingen låg- eller högriskgrupp. Patienter i högriskgruppen som bedöms kunna genomgå avancerad kirurgisk primärbehandling remitteras till KK SU/Sahlgrenska för kirurgi. Patienter med lågrisk endometrie cancer bör genomgå en enklare operation som med fördel kan utföras på klinikerna i regionen med laparoskopisk eller robotassisterad laparoskopisk teknik.

Stad. I	Tumör begränsad till corpus uteri
IA	Ingen invasion eller invasion < halva myometriets tjocklek
IB	Invasion ≥ 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 para aortala lymfkörtlar
IIIC1	Positiva bäckenkörtlar
IIIC2	Positiva para aortala 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

Högriskgrupp:	
Icke endometrioid typ	eller
FIGO-grad 3	eller
Djup myometrieinfiltration/cervikal stromainvasion enl. MR eller USG	eller
Klinisk misstanke om cervixinvasion	eller
St III-IV	
<i>Obs! LASEC studie</i>	
Lågriskgrupp:	
Inget av ovanstående	
<i>OBS! PODEC studie</i>	

Utredning

1. Endometrie biopsi enl. SVF och NVP
2. Vid icke endometrioid typ eller lågt differentierad endometrioid - remiss till KK SU-S –OBS: DT thorax / buk innan OP
3. Vid endometrioida adenocarcinom Grad 1-2 görs vaginalt ultraljud och MRT enligt PODEC studien – vid djup infiltration bör pelvin lymfkörtelutrymning planeras (remiss till KK SU/S)
4. Om DT thorax / buk inte kan göras innan OP vid endometrioida G 1-2 med misstänkt djupinfiltration kan man acceptera lung rtg och efter OP komplettera med DT vid postoperativ högrisk

Primär behandling

1. Alla patienter som bedöms operabla bör genomgå primär operation
2. Patienter som inte bedöms kunna genomgå primär kirurgi ska handläggas i samråd med Gyn Onk SU
3. Vid operationen bör buken alltid kartläggas och lymfkörtelstatus bedömas. Metastasmisstänkta körtlar bör avlägsnas eller åtminstone biopseras och clipmarkeras. All makroskopisk tumör bör avlägsnas.
4. För patienter med **lågrikskancer** rekommenderas: Hysterektomi + SOEB samt buksköljvätska. OP i regionen.
5. För patienter med **högriskskancer** begränsad till uterus rekommenderas: Hysterektomi + SOEB + pelvin och ev. paraaortal lymfkörtelutrymning samt buksköljvätska (infracolik omentresektion vid icke endometrioida tumörer).
6. Vid högt- eller medelhögt differentierade (G1-2) endometrioida tumörer med misstänkt djup myometrieinfiltration (>50%) kan lymfkörtelutrymning begränsas till pelvin och efter samråd med KK SU eventuellt göras i regionen
7. Vid misstanke om extrauterin cancerväxt bör patienten diskuteras vid multidisciplinär konferens (MDK)
8. Adekvat körtelutrymning definieras som: ≥ 10 pelvina och ≥ 5 paraaortala utförskaffade lymfkörtlar
9. Pelvina lymfkörtlar delas in i 4 portioner: höger/vänster samt låg (externa,interna,obturator)/hög (communis)
10. Om man pre-eller peroperativt aktivt beslutat att avstå från paraaortal lymfkörtelutrymning och patienten därför enbart har genomgått **pelvin körtelutrymning med negativa körtlar** betraktas hon som **adekvat** lymfkörtelutrymd.
11. Följande ska finnas i PAD remissen/ svar: Tumörstorlek, Histologisk typ, FIGO grad (endast för endometrioida och mucinösa tumörer), Myometrieinvasion, Cervikalt stromainvasion, Antal lymfkörtlar per station, Antal lymfkörtlar med metastaser, Förekomst av Estrogen –och Progesteron receptorer (endast för endometrioida).

Postoperativ behandling

Patienter som inte är lymfkörtelutrymda, utom endometrioida grad 1-2 med växt mindre än halva myometriets tjocklek (MI), bör tas upp på MDK.

STADIUM I

Endometrioid adenocarcinom. Riskfaktorer: djupväxt, grad 3

Kir stadiindelning (FIGO)	Grad	Behandling
En riskfaktor		
IA	1-2	Ingen behandling
IA körtelutrymd	3	ENGOT studie/ ingen behandling
IA ej körtelutrymd	3	Ställningstagande till körtelutrymning/ ingen behandling
IB körtelutrymd	1-2	Ingen behandling
IB ej körtelutrymd	1-2	Ställningstagande körtelutrymning/ ingen behandling
Flera riskfaktor		
IB körtelutrymd	3	ENGOT studie/ingen behandling
IB ej körtelutrymd	3	Sttag till körtelutrymning /KarPak x 4 + ERT 46.8 Gy/1,8 Gy

Serös, klarcellig eller carcinosarkom

Kir stadiindelning (FIGO)	Grad	Behandling
IA-B körtelutrymd	-	ENGOT studie/KarPak x 4
IA-B ej körtelutrymd	-	Sttag körtelutrymning + ENGOT studie/KarPak x 4 alt KarPak x 4 + ERT 46.8 Gy/1,8 Gy

STADIUM II

Risikfaktorer: icke endometrioid, djupväxt i corpus, grad 3

Kir stadiindelning (FIGO)	Grad	Behandling
Endometrioid		
< 50% MI körtelutrymd	1-2	ENGOT studie/ ingen behandling
> 50 MI körtelutrymd	1-2	ENGOT studie/ ingen behandling
< 50% MI körtelutrymd	3	ENGOT studie/ ingen behandling
>50% MI körtelutrymd	3	ENGOT studie/KarPak x 4
Icke endometrioid		
Körtelutrymd		ENGOT studie/KarPak x 4
Alla histologiska typer		
Ej körtelutrymd		Sttag körtelutrymning/KarPak x 4 + ERT 46.8 Gy/1,8 Gy

STADIUM III

Endometrioid, serös, klarcellig eller carcinosarkom

Kir stadiindelning (FIGO)	Behandling
IIIA körtelutrymd	KarPak x 6
IIIA ej körtelutrymd	Sttag körtelutrymning +KarPak x 6/ KarPak x 4-6 (+ ERT 46.8 Gy/1,8 Gy, kan övervägas)
IIIB körtelutrymd	KarPak x 4-6 + ERT 46.8 Gy/1,8 Gy + HDR 4 Gy x 2 (om vaginal spridning), vid enbart vaginal spridning kan individuellt avpassad brachybehandling övervägas i stället för ERT.
IIIB ej körtelutrymd	Sttag körtelutrymning +KarPak x 6/ KarPak x 4-6 + ERT 46.8 Gy/1,8 Gy + HDR 4 Gy x 2 (om vaginal spridning)
IIIC1	KarPak x 4-6 +ERT 46.8 Gy/1,8 Gy (PA fält kan vara aktuellt om omfattande spridning i bäckenet)
IIIC2	KarPak x 4-6 + ERT och paraaortalt fält 46.8 Gy/1,8 Gy

KarPak = paklitaxel 175 mg/m² och karboplatin AUC5

ERT = Extern Radioterapi

HDR = Hög Dosrat

LASEC = Lymphedema After Surgery for Endometrial Cancer

PODEC = Pre-Operativ Diagnostik av EndometrieCancer (vaginalt ultraljud vs. MRT)

ENGOT = ENGOT-EN2-DGCG/EORTC 55102. Postoperative chemotherapy or no further treatment for node-negative stage I-II intermediate- or high-risk endometrial cancer.

STADIUM IV SAMT STADIUM III MED KÄND RESTTUMÖR

Individuell behandling beroende på lokalisation och omfattning av fjärrmetastasering samt om det finns kvarvarande tumör efter kirurgi. Patienten bör diskuteras vid MDK och kombinationer av radioterapi, kemoterapi och/eller hormonell behandling övervägas. Primär kemoterapi är vanligtvis KarPak x 6.

Omvårdnad

Kemoterapi

Vid beslut om kemoterapi utförs clearance på hemortssjukhuset.

Vanliga biverkningar vid Kar-Pak är alopeci, perifer neuropati och illamående. Lokala rutiner för hantering av dessa samt PM för omhändertagande av patient i samband med allergisk reaktion och extravasering ska finnas på enheter där kemoterapi ges.

Det är en fördel att patienten under behandlingstiden skattar sin biverkningsprofil till exempel genom Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS).

Enheten för Cancer rehabilitering

Patienter med behandlingsrelaterade biverkningar från bäckenområdet med symtom från tarm, blåsa och sexuella svårigheter kan remitteras till: Enheten för CancerRehabilitering, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Jubileumskliniken. (www.Eftercancer.se)

Uppföljning

Var 6:e månad i 3 år, därefter årligen upp till 5 år efter OP

Recidiv

Ett misstänkt recidiv bör om möjligt PAD verifieras. Vid recidiv bör man i första hand utreda om kurativt syftande kirurgi eller strålbehandling är möjlig. Hur kurativ behandling utformas bör diskuteras vid MDK och utformas individuellt.

Kvalitetsregistrering

Det är väsentligt att alla kliniker/mottagningar som tar hand om endometrieccancer patienter har rutiner för ifyllande av uppgifter till det svenska kvalitetsregistret för gynekologisk onkologi, <http://www.cancercentrum.se/inca>. Varje patient registreras med en blankett för:

1. Anmälan (Anmälan till cancerregistret är obligatorisk men patienten kan tacka nej till att ingå i kvalitetsregistret)
2. Kirurgisk behandling
3. Komplikationsblanketten
4. Avslutad primärbehandling
5. Icke – kirurgisk recidivbehandling
6. Uppföljning (vid varje återbesök)

En blankett med patientinformation finns.

Patientens autonomi, integritet och samtycke kommer att beaktas kontinuerligt och fortlöpande

Processflöde

