

# Behandlingsrekommendationer för endometriecancer, norra regionen

Regional tillämpning till nationellt vårdprogram för  
endometriecancer

## Innehåll

Förord.....	2
Endometriecancer riskgruppsindelning vid stadium I.....	3
Diagnos och utredning .....	4
Endometriehyperplasi .....	7
PM för kirurgisk behandling vid corpus cancer .....	9
Onkologisk behandling .....	11
Uppföljning .....	13
Kvalitetssäkring .....	14
Litteraturlista.....	18

## Förord

Huvudsyftet med detta dokument är att vara ett komplement till det nationella vårdprogram för endometrie cancer <http://www.cancercentrum.se/sv/Vardprogram/Endometricancer/> . Dokumentet har framarbetats av regionens gynekologer och gynekologer och är en lokal tillämpning till det nationella vårdprogrammet med riktlinjer för diagnostik, terapi och uppföljning av patienter med diagnos endometrie cancer. Dokumentet är utformat för att lätt kunna användas i klinisk praxis på t.ex. en gynekologisk mottagning. För djupare diskussioner och litteraturgenomgång av kunskapsläget hänvisas till det nationella vårdprogrammet.

I arbetsgruppen har ingått:

Kristina Aglund, ordförande, gynekolog, Umeå  
Ulrika Ottander, sekreterare, tumörkirurg, Umeå  
Karin Boman, gynekolog, Umeå  
Lotta Andrén, gynekolog, Sundsvall  
Göran Ingemar Backman, gynekolog, Sollefteå  
Åsa Heldestad, gynekolog, Örnsköldsvik  
AnnaKarin Johansson, gynekolog, Östersund  
Anna deFlon, gynekolog, Östersund  
Maria Löfgren, gynekolog, Skellefteå  
Anna Pohjanen, gynekolog, Sunderbyn

## Endometrie cancer riskgruppsindelning vid stadium I

### Preoperativ riskgradering

#### Preoperativ högrisk

- Icke endometroid histologisk typ eller <sup>1</sup>
- FIGO-grad 3 eller
- Non-diploid

#### Preoperativ lågrisk

- Inget av ovanstående kriterier

### Postoperativ riskgradering

#### Postoperativ högrisk

- Icke endometroid histologisk typ <sup>1</sup>
- Endometroid histologisk typ med minst två av följande riskfaktorer:
  - myometrieinvasion  $\geq 50\%$
  - FIGO-grad 3
  - non-diploid

#### Postoperativ medelrisk

- En av följande faktorer:
  - myometrinvasion  $\geq 50\%$
  - FIGO-grad 3
  - non-diploid

#### Postoperativ lågrisk

- Ingen av ovanstående riskfaktorer

<sup>1</sup>De mucinösa typerna är mycket ovanliga och har samma prognos som de endometroida typerna. Dessa handläggs på samma sätt som de endometroida.  
Till de icke-endometroida hör carcinosarkom, serös- och klarcellstyp.

## Diagnos och utredning

Postmenopausal blödning (PMB) är det vanligaste symtomet vid endometriecancer. Det är därför viktigt att utesluta eller verifiera malignitet i endometriet på ett säkert och kostnadseffektivt sätt vid detta symtom. Misstanke om endometriecancer styrks oftast av ett förtjockat endometrium (>4 mm) vid transvaginalt ultraljud (TVU) (ej pre-perimenopausalt eller vid tamoxifenbehandling). Diagnosen är osannolik vid väldefinierat tunt endometrium och osäker vid svårbedömt eller omätbart endometrium

## Histopatologisk diagnos

- Endometriebiopsi
- Cervixabrasio vid misstänkt kliniskt cervixengemang
- Hysteroskopi med riktad biopsi utförs om misstanke på fokal förändring i slemhinnan  
Fokal förändring kan vid ultraljud verifieras med koksaltsinstillation
- Vid behov fraktionerad abrasio och palpation i narkos

## Remiss PAD

Endometriebiopsi	Fraktionerad abrasio
<ul style="list-style-type: none"><li>•<b>Anamnes:</b> Menopausstatus. Hormonell behandling.</li><li>•<b>Frågeställning:</b> Malignitet? Histologisk typ? FIGO-grad? DNA-ploiditet?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•<b>Anamnes:</b> Menopausstatus. Hormonell behandling.</li><li>•<b>Frågeställning:</b> Malignitet? Histologisk typ? FIGO-grad?DNA-ploidiet? Nedväxt i cervix?</li></ul>

## Preterapeutisk utredning

Vid verifierad histopatologisk diagnos enligt ovan görs bedömning av operabilitet, cervixengemang och extrauterin spridning.

**Operabilitet** bedöms utifrån patientens allmänna hälsotillstånd, kliniska status samt tumörstatus. Bedöm uterus storlek, mobilitet och eventuell förekomst av metastasering till portio, vagina, introitus.

## Cervixengagemang

Kliniskt uppenbar spridning till cervix skall utredas.

## Extrauterin utredning

DT thorax/buk skall göras för att utesluta eller bekräfta spridd sjukdom. Vid förekomst av pleuravätska görs pleurocentes och vätskan sänds för cytologi.  
Extrauterin spridning påverkar stadium, prognos och behandling.

Ytliga lymfkörtlar palperas och finnålspunktion görs vid metastasmissstanke.

Vid tveksamhet kring operabilitet kan MR övervägas för att kartlägga tumörutbredning i nedre buk.

## Remiss röntgenundersökningar

DT thorax/buk	MRT nedre buk
<ul style="list-style-type: none"><li>•S-Kreatinin krävs. Längd och vikt. Ange om patienten står på Metformin och utsätt enligt PM.</li><li>•<b>Anamnes:</b> Nyupptäckt endometriecancer. Noggrann beskrivning av undersökningsfynd. Operation planeras inom två veckor. Tacksam snar tid.</li><li>•<b>Frågeställning:</b> Tumörspridning? Pleuravätska? Förstorade lymfkörtlar?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•S-Kreatinin krävs. Längd och vikt. Ange om patienten står på Metformin och utsätt enligt PM.</li><li>•<b>Anamnes:</b> Nyupptäckt endometriecancer. Noggrann beskrivning av undersökningsfynd. Operationen planeras inom två veckor. Tacksam snar tid. Remiss finns också för DT thorax/buk.</li><li>•<b>Frågeställning:</b> Tumörstorlek? Utbredning? Växt i parametrier? Överväxt mot blåsa och/eller rektum?</li></ul>

## Remiss PAD/Cytologi

### Cytologi bukskölj

- **Anamnes:** Laparotomi p g a endometrieccancer.
- **Frågeställning:** Maligna celler.

### Histopatologi

- **Anamnes:** Endometrieccancer. Resultat av preterapeutisk utredning: Sjukhistoria, hereditet, hormonstatus, hormonterapi eller annan behandling, röntgenfynd, relevanta laboratoriedata.
- **Preparatet utgörs av:** Uterus + etc.
- **Frågeställning:** Histopatologisk typ? FIGO-grad? Infiltrationsdjup? Tumörutbredning?
- **Om lymfkörtelutrymning gjord:** Antal tagna lgll? Antal lgll med metastas specificerat per lokalisation?

## Endometriehyperplasi

När utredning av postmenopausal blödning initieras får man ibland svaret endometriehyperplasi. Enligt WHO's klassifikation (WHO94) delas endometriehyperplasi in i fyra kategorier; enkel och komplex hyperplasi med eller utan atypi. Risken för cancerutveckling vid enkel hyperplasi och komplex hyperplasi är mycket låg, 1 % respektive 3 %. Vid atypisk hyperplasi är risken för utveckling till cancer 8 % vid enkel atypisk hyperplasi och 29 % vid komplex atypisk hyperplasi (1). Dessutom har flera studier visat att diagnosen komplex atypisk hyperplasi ändras efter hysterektomi till endometriecancer i 30 % -50 % av fallen (2). En nyare EIN klassifikation (endometrial intraepithelial neoplasia) som inte ännu används lika utbrett i klinisk praxis delar in endometriehyperplasi i 3 kategorier: benign hyperplasi, endometrial intraepithelial neoplasia och cancer (3).

Symtom och utredning av endometriehyperplasi skiljer sig inte från endometriecancer.

### Behandling

Det finns ingen säker evidens i litteraturen angående behandling, men nedanstående behandlingsförslag har använts i klinisk praxis i norra regionen.

*Hyperplasi utan atypi.* Hos pre- eller perimenopausala kvinnor behandlas enkel och komplex hyperplasi med cykliskt gestagen (12-14 dagar per månad), eventuellt i kombination med östrogen om klimakteriebesvär föreligger. Vid terapivikt (blödningsrubbnings) kan hysterektomi eller endometriresektion övervägas. Ett behandlingsalternativ är medroxyprogesteronacetat (MPA) 10mg 1x1 i 12-14 dagar i minst tre cykler.

*Hyperplasi med atypi.* På grund av den ökade cancerrisken och det faktum att det i många fall samtidigt föreligger en högt differentierad endometriecancer bör hysterektomi inklusive bilateral SOE utföras. Hos äldre kvinnor som inte självklart bedöms som operabla kan konservativ behandling med kontinuerligt gestagen förordas (MPA 100mg x1). Intrauterint inlägg med levonorgestrel kan också vara ett alternativ. Upprepad endometriebiopsi kan användas för att utvärdera behandlingseffekt. Behandlingen kan vara livslång och blödningsfrihet är ett uttryck för behandlingseffekt. Vid fortsatt blödningsrubbnings eller kvarstående hyperplasi kan man överväga att öka dosen MPA till 100mg x2 eller omvärdera hysterektomi.

Hos yngre kvinnor med fertilitetsönskan kan man överväga konservativ strategi under övervakning. Detta kan ske med hydrosonografi och/eller hysteroskopisk riktade resektionsbiopsier från endometriet. (4,5,6). I litteraturen förekommer också övervakning med endometriebiopsi. Det finns ingen säker evidens i litteraturen angående hur täta kontrollerna bör vara men intervaller på 3-6 månader har använts i klinisk praxis. I en systematisk review från 2012 (7) noteras att 66 % av de kvinnor som behandlats med gestagener för atypisk



hyperplasi uppnådde komplett remission efter en medeluppföljningstid på 39 månader. Medeltid för behandling till komplett remission var 6 månader (spridning; 1-18 månader). Dock förekom återfall hos 23 % efter initialt svar på behandling och hos 14 % sågs ingen effekt av behandling. I denna review blev 41 % av de kvinnor som behandlats med gestagen pga. atypisk hyperplasi gravida. Det föreligger dock ingen koncensus avseende val av gestagen, dos eller behandlingstid i litteraturen men i norra regionen har man använt MPA 100mg x2 i minst 3-6 månader. Efter barnafödandet är avslutat rekommenderas HE.

## **PM för kirurgisk behandling vid corpus cancer**

### **Kortform från nationella vårdprogrammet**

Alla patienter som bedöms vara i medicinskt skick för operation bör opereras oberoende av stadium. Det bör vara en van tumörkirurg som utför operationen. Det fåtal patienter som inte bedöms kunna genomgå primär kirurgi ska diskuteras multidisciplinärt för ställningstagande till annan terapi. Om patienten är inoperabel p.g.a. interkurrent sjuklighet och har en endometriecancer som bedöms vara begränsad till uterus bör brachybehandling övervägas.

Medellinjessnitt är inte längre obligatoriskt. Man kan med fördel använda sig av s.k. minimal invasive kirurgi eller Pfannenstielsnitt där så är tillämpligt. Enbart vaginal hysterectomi är förbehållet de patienter som är så sjuka att exploration av bukhålan (laparoskopiskt eller öppet) bedöms som en stor medicinsk risk.

### **Kirurgisk behandlig när den preoperativa utredningen visat lågrisk stadium I**

- Hysterektomi + SOE bilat.
- Bukskölvätska ska skickas för cytologi
- Buken ska alltid kartläggas och lymfkörtelstatus bedömas. Om metastasmissstänkta körtlar hittas peroperativt trots negativ preoperativ utredning, skall dessa om möjligt avlägsnas med clipsmarkering av tagstället eller åtminstone biopseras och clipsmarkeras. All makroskopisk tumör bör så långt möjligt avlägsnas.

### **Kirurgisk behandlig när den preoperativa utredningen visat högrisk stadium I: (icke endometrioid typ, carcinosarkom, FIGO grad 3 eller non diploid)**

- Hysterektomi + SOE bilat.
- Bukskölvätska ska tillvaratas för cytologi
- Buken ska alltid kartläggas och lymfkörtelstatus bedömas. Om metastasmissstänkta körtlar hittas peroperativt trots negativ preoperativ utredning, skall dessa om möjligt avlägsnas med clipsmarkering av tagstället eller åtminstone biopseras och clipsmarkeras. All makroskopisk tumör bör så långt möjligt avlägsnas. Om fryssnitt verifierar metastatisk lymfkörtelspridning ska man inte gå vidare med lymfkörtelutrymning eftersom patienten ändå kommer att få postoperativ extern strålbehandling. Däremot ska naturligtvis alla metastasmissstänkta körtlar avlägsnas.
- Adekvat pelvin och paraaortal (upp till njurkärnen) lymfkörtelutrymning. Minst 10 körtlar i bäckenet och minst 5 paraaortala körtlar.

**Kirurgisk behandling när den preoperativ utredningen visat typ II histologi (serös och/eller klarcellig typ) inkluderar även**

- Omentresektion
- Multipla systematiska biopsier för stadiindelning; från högra diafragmakupolen (kan ersättas med cytologprov taget med borste), paracoliska rännorna, bäckenväggarna, fossa ovarii, blåspertoneum samt fossa Douglasi, som vid ovarialcancer.

**Kirurgisk behandling när den preoperativa utredningen visar stadium II, uppenbar klinisk växt i cervix (dvs. makroskopisk växt)**

- Modifierad radikal hysterektomi.
- SOE bilat
- Buken ska alltid kartläggas och lymfkörtelstatus bedömas. Om metastasstänkta körtlar hittas peroperativt trots negativ preoperativ utredning, skall dessa om möjligt avlägsnas med clipsmarkering av tagstället eller åtminstone biopsieras och clipsmarkeras. All makroskopisk tumör bör så långt möjligt avlägsnas. Om fryssnitt verifierar metastatisk lymfkörtelspridning ska man inte gå vidare med lymfkörtelutrymning eftersom patienten ändå kommer att få postoperativ extern strålbehandling. Däremot ska naturligtvis alla metastasstänkta körtlar avlägsnas.
- Adekvat pelvin och paraaortal (upp till njurkärlen) lymfkörtelutrymning. Minst 10 körtlar i bäckenet och minst 5 paraaortala körtlar.

**Kirurgisk behandling när den preoperativa utredningen visar spridd cancer:**

Skall diskuteras multidisciplinärt och därefter genomgå tumörreducerande kirurgi där målet är att åstadkomma en makroskopiskt radikal operation, dvs. individualiserad handläggning.

## Onkologisk behandling

### Postoperativ behandling:

Patientgrupp		Behandling
<b>FIGO st I</b>	Lågrisk	Ingen adjuvant behandling
	Medelrisk	Ingen adjuvant behandling
	Högrisk; körtelutrymd	PK <sup>1</sup> x 4
	Högrisk; ej körtelutrymd	PK x 4 + 50 Gy/25 fr.
<b>FIGO st II</b>	Körtelutrymd	PK x 4 + vaginal brachy
	Ej körtelutrymd	PK x 4 + 50 Gy/25 fr. + vaginal brachy.
<b>FIGO st III</b>	IIIA	PK x 4 + 50 Gy/ 25 fr.
	IIIB	PK x 4 + 50 Gy/25 fr. Vid vaginal utbredning ges ev. vaginal brachy.
	IIIC1-2	PK x 4 + 50 Gy/25 fr. Överväg inklusion av para-aortala körtelstationer
	Kvarvarande tumör	Individuell terapi (efter MDT-beslut)
<b>FIGO st IV</b>	Ingen kvarvarande tumör	Individuell terapi (efter MDT-beslut)
	Kvarvarande tumör	Individuell terapi (efter MDT-beslut)
<b>Inoperabel patient</b>	Tumör begränsad till uterus	Möjliga alternativ: <ul style="list-style-type: none"> <li>• en eller flera hormonspiraler</li> <li>• extern strålbehandling (21 Gy/3 fr. över 5 dgr externt mot uterus?)</li> <li>• MPA 100 mg x 2 eller 200 mg x 1</li> <li>• intrakavitär brachyterapi</li> </ul>

<sup>1</sup>PK= Paklitaxel i kombination med karboplatin.

## Radioterapi

Adjuvant vaginal brachy ges med pulsad dosrat, 10 Gy – 20 Gy, fraktionerat på flera dagar. Adjuvant brachy vid samtidig extern radioterapi ges under slutet av den externa behandlingsperioden med PDR på 10 Gy, fraktionerat på flera dagar. Den vaginala behandlingen ges ej samma dag som den externa strålbehandlingen. Patienter som fått vaginal brachyterapi borde efter avslutad behandling förses med en vaginal dilatator och instruktioner om dilatation. Detta görs för att förhindra utvecklingen av vaginala adherenser. Dilatatorer finns att köpa på Kronans droghandel för ca 850 kr.

Extern radioterapi ges med 2 Gy per fraktion till 50 Gy över ett bäckenfält, från nedre delen av foramina obturatoria till i höjd med disken L4-L5.

## Cytostatikabehandling

Primär kemoterapi är paklitaxel (175 mg/m<sup>2</sup>) och karboplatin (AUC 5) (PK). Vid primärt generaliserad sjukdom eller vid recidiv rekommenderas 6 cykler. I andra linjen föreslås liposomalt doxorubicin (40 mg/m<sup>2</sup>) eller epirubicin (75 mg/m<sup>2</sup>). Det saknas evidens för nytta av ytterligare regimer.

## Endokrin behandling

Endokrin behandling kan vara av god nytta vid hormonreceptorpositiva tumörer. I första hand rekommenderas medroxyprogesteron (MPA) 100 mg x 2 eller 200 mg x 1. Man kan också överväga Aromasin 25 mg x 1.

## Uppföljning

Syftet med kontroller är att tidigt upptäcka recidiv, upptäcka och åtgärda sjukdoms- och behandlingsrelaterad morbiditet, skapa trygg kontakt för patienten samt kvalitetskontroll/registrering för vården.

Kontrollerna kan skötas på hemortssjukhuset hos specialist med tillräcklig kunskap om sjukdomen, given behandling och dess potentiella sidoeffekter.

Kvinnan bör informeras om symtom på recidiv då cirka 70 % av alla recidiv är symtomatiska. Symtom kan vara; vaginal blödning eller flytning, viktnedgång, persisterande smärta (buk, bäcken, rygg, höfter), långvarig hosta, andfåddhet, svullnad buk/ben.

### Kontrollbesöket

- Anamnes. Inriktning på recidiv, behandlingsrelaterade symtom efter kirurgi, strålbehandling, kemoterapi och endokrin behandling. Psykosociala besvär. Ärftlighet (HNPCC, eventuell remiss onkogenetisk mottagning)
- Klinisk undersökning med gynekologisk undersökning inkluderande rektalpalpation samt eventuellt vaginalt ultraljud.
- Radiologisk undersökning vid klinisk indikation.

### Kontrollintervall

Även om den medicinska nyttan med regelbundna kontroller är obevisad anses det rimligt att rekommendera regelbundna kontroller. Det saknas vetenskapligt underlag för rekommendationer avseende kontrollintervall och det nationella vårdprogrammet för endometriecancer (2012) rekommenderar att regionala tillämpningar bör utformas. Nedanstående rutiner är att betrakta som tumregler. Utifrån patientens önskemål och patientens prognosfaktorer kan man göra avsteg från dessa tumregler. Det är t.ex. rimligt att kvinnor med hög risk för recidiv efter 2 års recidivfri uppföljning eller med mycket besvär efter onkologisk behandling, kontrolleras halvårsvis i upptill 5 år. Man bör ta i beaktande att kvinnor med endometriecancer stadium I låg - och mellanrisk gruppen inte varit föremål för någon onkologisk terapi och har därmed möjlighet till bot vid tidig upptäckt av recidiv.

- Var 4:e månad upp till 2 år efter avslutad behandling, därefter
- Var 12:e månad upp till 5 år efter avslutad behandling

Patienter som ingår i studier skall följas enligt studieprotokoll och patienter som behandlas enligt nya rutiner kräver ofta tätare kontroll och längre uppföljning.

Det är viktigt att registrera varje uppföljning i det svenska kvalitetsregistret för gynekologisk onkologi ([www.incanet.se](http://www.incanet.se)).

## **Kvalitetssäkring**

### **Multidisciplinär konferens/samråd**

En mycket viktig *bedömning* är den som sker då gynekolog remitterar patienten till enhet för gynekologisk onkologi oavsett om patienten behöver komma på besök eller inte. Där sammanställs information från operation, radiologisk utredning och PAD från primäroperation och diagnostisk endometrieprovtagning för slutgiltig stadiindelning och bedömning av behov av ytterligare terapi. Om PAD primärt inte är granskat av referenspatolog begärs ofta eftergranskning av operations-PAD och vid behov PAD från diagnostisk endometrieprovtagning. Denna (multidisciplinära) bedömning bör göras för alla patienter med gynekologisk cancer. Detta är viktigt för att uppnå patientfokuserad, kunskapsbaserad, ändamålsenlig och jämlik vård oavsett var patienten bor i Sverige.

Om patientens sjukdomssituation ger upphov till tveksamhet avseende diagnos eller terapi bör ansvarig läkare samråda med kollegor från andra aktuella discipliner. Bästa sättet för detta samråd är den multidisciplinära konferensen. Vid denna konferens deltar representanter från gynekologisk onkologi, gynekologisk tumörkirurgi, patologi och bilddiagnostik. Även andra specialister, t ex GI-kirurg, urolog, thoraxkirurg och palliativmedicinare, bör vid behov tillkallas.

### **Exempel då multidisciplinär konferens kan vara aktuell:**

- Vid oklarheter i PAD, klinisk eller bilddiagnostisk tveksamhet beträffande tumörutbredning inför primäroperation
- Vid tveksamheter i PAD som påverkar val av efterbehandling
- Vid solitära metastaser
- Vid svår interkurrent sjuklighet
- Vid begränsat recidiv > 6 månader efter avslutad primärbehandling

### **Kvalitetsindikatorer och målnivåer**

Enligt riktlinjer för nationella vårdprogram inom cancervården (VINK) bör dessa innehålla förslag på lämpliga kvalitetsindikatorer som stödjer kvalitetsjämförelser, säkerhets – och förbättringsarbete samt forskning och utveckling. Dessa ska definieras i anslutning till mätbara mål som satts upp för vårdprogrammet och kvalitetsregistret. Indikatorerna bör avspegla de sex perspektiv som ryms inom begreppet ”god vård” d.v.s. vården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i rimlig tid.

På Socialstyrelsens hemsida,  
([http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8947/2007-102-9\\_200710291.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8947/2007-102-9_200710291.pdf)) sidan 117, anges 10 övergripande kvalitetsindikatorer för cancersjukvård.

### **1. Överlevnad och dödlighet**

Skер via Socialstyrelsens register

- Cancerincidens i Sverige
- Dödsorsaksregistret

### **2. Multidisciplinär bedömning i enlighet med fastställda vårdprogram**

Utöver sedvanlig multidisciplinär konferens finns ytterligare viktiga kvalitetsmått såsom hur stor andel av patienterna som remitteras till gynekologisk onkolog för bedömning samt andel PAD granskade av referenspatolog. Referenspatolog är patolog med stor vana och erfarenhet av gynekologisk patologi.

### **3. Täckningsgrad i nationellt kvalitetsregister med tillhörande regionalt/nationellt vårdprogram**

Täckningsgraden bör uppgå till 90 % eller mer i kvalitetsregistret.

### **4. Tid från remissutfärdande till första besök hos läkare på specialistmottagning.**

Många patienter söker direkt till gynekolog vid post menopausal blödning. Om patienten söker annan läkare först bör patienten omgående remitteras till gynekolog för vidare utredning. Detta ska ske skyndsamt. Detta mått går inte att ta ut ur kvalitetsregistret.

### **5. Tid från diagnostisk åtgärd till besked om diagnos**

Tiden från gynekologisk undersökning med endometrieprövtagning till PAD svar och därpå följande information till patienten bör hållas kort. Denna siffra går inte att få ut ur kvalitetsregistret.



## **6. Tid från behandlingsbeslut till terapeutisk åtgärd vid nyupptäckt cancer**

Innan behandlingsbeslut kan ske ska patienten remitteras till tumörkirurgiskt inriktad gynekolog och radiologisk utredning ska utföras. Därefter tas behandlingsbeslut. Tiden mellan behandlingsbeslut och primär terapeutisk åtgärd som vanligtvis är kirurgi bör hållas så kort som möjligt. Denna siffra går inte att få ut ur kvalitetsregistret.

## **7. Användning av NRS skala (Numeric Rating Scale 0-10) för skattning av smärta i det palliativa skedet**

Då kvalitetsregistret och detta vårdprogram inte omfattar den palliativa delen av behandling av endometriecancer mäts inte detta här utan i Svenska Palliativregistret.

## **8. Registrering av dödsfall i Svenska palliativregistret**

Registreras på blankett nr 5 i INCA samt i Svenska Palliativregistret.

## **9. Ordination av opioid parenteralt vid behov mot smärta till patient i livets slutskede**

Då kvalitetsregistret och detta vårdprogram inte omfattar den palliativa delen av behandling av endometriecancer mäts inte detta här utan i Svenska Palliativregistret.

## **10. Tillgång till kontaktsjuksköterska/motsvarande med tydligt definierat uppdrag och koordinerande funktion inom respektive verksamhet.**

Omfattas inte av kvalitetsregistret eller detta vårdprogram.

## **Ytterligare kvalitetsindikatorer och målnivåer som är viktiga vid endometriecancer**

### **11. Tid från diagnos till behandlingsbeslut (mellan punkt 5 och 6)**

Inom denna tidsrymd ingår remiss från diagnosticerande läkare till tumörkirurgiskt inriktad gynekolog, kompletterande utredning med radiologi, ev. eftergranskning av PAD.

## **12. Tid från primär terapeutisk åtgärd till ev. kompletterande behandling**

Efter primär kirurgi behövs svar på PAD för stadiindelning och remiss till gynekologisk onkolog som tar ställning till behov av kompletterande kemo- eller radioterapi. Därutöver krävs en viss tid för att operationssåret ska läka och patienten hämta sig efter ingreppet. Här finns flera steg där förseningar kan uppstå. Ett intressant mått som saknas i kvalitetsregistret är tid från primär kirurgi till PAD svar. Tid mellan kirurgi, remiss till gynekologisk onkolog och start av behandling går att få ur kvalitetsregistret.

### **Förslag till ledtider vid olika åtgärder**

Remissdatum från primär instans till läkarbesök på specialistmottagning 10 arbetsdagar

Diagnostisk åtgärd-besked patient 10 arbetsdagar

Diagnosbesked-behandlingsbeslut 10 arbetsdagar

Behandlingsbeslut-primärterapeutisk åtgärd (vanligtvis kirurgi) 10 arbetsdagar

(diagnosbesked – kirurgi är i praktiken oftast ett steg då riktledtiden är 15 arbetsdagar)

Primär kirurgi- ev. kompletterande terapi 25 arbetsdagar

## LITTERATURFÖRTECKNING

1. Kurman RJ, Kaminski PF, Norris HJ. The behavior of endometrial hyperplasia.
2. A long-term study of "untreated" hyperplasia in 170 patients. *Cancer*. 1985 Jul 15;56(2):403-12
2. Lacey JV Jr, Chia VM. Endometrial hyperplasia and the risk of progression to carcinoma. *Maturitas*. 2009 May 20;63(1):39-44. Epub 2009 Mar 13. Review.
3. Mutter GL. Endometrial intraepithelial neoplasia (EIN): will it bring order to chaos? The Endometrial Collaborative Group. *GynecolOncol*. 2000 Mar;76(3):287-90
4. Laurelli G, diVagno G, Scaffa C et al Conservative treatment of early endometrial cancer: preliminary results of a pilot study. *GynecolOncol* 2011;120:43-6.
5. Edris F, Vilos GA, Al-Mubarak A et al. Resectoscopic surgery may be an alternative to hysterectomy in high-risk women with atypical endometrial hyperplasia. *J Minim Invasive Gynecol* 2007;14:66-73.
6. Gadducci A, Spirito N, Baroni E, Tana R and Genazzani AR. The fertility-sparing treatment in patients with endometrial atypical hyperplasia and early endometrial cancer: a debated therapeutic option. *GynecolEndocrinol* 2009;25:683-91.
7. Gunderson C, Nickles Fader A, Carson K, Bristow R. Oncologic and reproductive outcome with progestin therapy in women with endometrial hyperplasia and grade 1 carcinoma: A systematic review. *GynecolOncol* 2012;125:477-82.
8. Creutzberg C, van Putten WLJ, Koper PCM, Lybeert MLM, Jobsen JJ, Wárlám-Rodenhuis CC, De Winter KAJ, Lutgens LCHW, van den Bergh ACM, van de Steen-Banasik E, Beerman H, van Lent M. Surgery and postoperative radiotherapy versus surgery alone for patients with stage-1 endometrial carcinoma: multicenter randomised trial (PORTEC-1). *Lancet* 355: 1404-1411, 2000.