

## Regional medicinsk riktlinje

# Gynekologiska sarkom

## Regional tillämpning av nationellt vårdprogram

### Innehållsförteckning

Syfte .....	2
Vårdnivå och samverkan .....	2
Bakgrund.....	2
Förändringar sedan föregående version .....	3
Regional tillämpning av det nationella vårdprogrammet .....	4
Utredning .....	4
Behandling .....	5
Komplikationer .....	5
Rehabilitering.....	6
Klinisk uppföljning .....	6
Remissrutiner .....	6
Kvalitetsuppföljning .....	7
Patientmedverkan och kommunikation.....	7
För vårdgivare.....	7
Referenser .....	7
Bilagor .....	7

## Syfte

Den här riktlinjen gäller för gynekologiska sarkom, som i huvudsak utgörs av sarkom i livmodern. Riktlinjen ersätter tidigare regional medicinsk riktlinje (RMR) för uterussarkom (sarkom i livmodern). Det Nationella vårdprogrammet (NVP) för buksarkom inkl. gynekologiska sarkom publicerades 2020 och har kompletterats med en bilaga för gynekologiska sarkom 2022 och den här riktlinjen är en anpassning av innehållet i den bilagan till lokala förhållanden i Västra sjukvårdsregionen (Västra Götalandsregionen och Region Halland). Riktlinjen har utarbetats i den sjukvårdsregionala vårdprocessgruppen för livmodercancer i samarbete med Regionalt cancercentrum väst.

Se: [Bilaga Gynekologiska sarkom, Nationellt vårdprogram buksarkom](#)

## Vårdsnivå och samverkan

Patient med som söker i primärvård för symtom som kan vara förenliga med gynekologisk malignitet där sarkom kan vara en differentialdiagnos ska undersökas av gynekolog och vid fortsatt misstanke remitteras till sjukhus-bunden gynekolog för vidare skyndsamt utredning inklusive radiologi enligt nedan. Se flödesschema.

Se bilaga 1: [Flödesschema gynekologiska sarkom](#)

## Bakgrund

Se kapitel 2 (bakgrund och orsaker) i: [Bilaga Gynekologiska sarkom, Nationellt vårdprogram buksarkom](#)

Gynekologiska sarkom kan utgå från livmoder, äggstockar, vagina och vulva. Sarkom i livmodern står för 88% av de gynekologiska sarkomen. Äggstock är näst vanligast lokal med ca 4-5% och övriga lokaler är mycket ovanliga. Incidensen för sarkom i livmodern ligger på 0,4-1,5/100000 inv/år och utgör 4-7% av de maligna livmodertumörerna. Medianålder vid diagnos är 56 år, vilket är lägre än för livmoderkroppscancer där medianåldern är 69 år. Differentialdiagnos mot benigna myom i uterus är svår. Förekomsten av myom är mycket vanlig med en förekomst av upp till 70 % hos kvinnor i 50 årsåldern.

Sarkomen i livmodern är av följande huvudtyper:

- Leiomyosarkom är vanligast och utgör 50-60%
- Endometriestromasarkom (låg- resp höggradiga), utgör ca 20% med symtom som liknar endometrie-cancer

- Adenosarkom växer exofytiskt polypöst i kaviteten
- Övriga: Odifferentierade uterussarkom, Uterine tumor resembling Sex Cord Tumor (UTROSCT) och därtill ytterligare flera ovanliga icke-epiteliala maligna tumörer

## Förändringar sedan föregående version

Sedan föregående version ”Regional medicinsk riktlinje för uterussarkom”, som initialt skapades som ett regionalt vårdprogram 2015, har det skett en nationell nivåstrukturering 2018 och det finns ett nationellt vårdprogram för buksarkom inklusive gynekologiska sarkom sedan 2020 med en bilaga för gynekologiska sarkom som utkom 2022.

I det nationella vårdprogrammet har riktlinjer förtydligats avseende preoperativ utredning med MRT och ev. biopsi och MDK samt riktlinjer för primärbehandlingen med kirurgi.

# Regional tillämpning av det nationella vårdprogrammet

Inga regionala avsteg från rekommendationerna i det nationella vårdprogrammet föreslås. Basutredning kan ske vid alla sjukhus i regionen, remiss enligt nedan för MDK och behandlingsbeslut ställs till den tumörkirurgiska sektionen vid gynekologi- och reproduktionsmedicin på SU/Sahlgrenska. Vid behov samråds med sarkomcentrum vid SU/Sahlgrenska.

## Utredning

Se kapitel 4 (utredning) i: [Bilaga Gynekologiska sarkom, Nationellt vårdprogram buksarkom](#)

Se även kapitel 7.2 (ingång till standardiserat vårdförlopp) i: [Nationellt vårdprogram buksarkom](#)

Det finns inget symptom som är helt typiskt för gynekologiskt sarkom eller sarkom i livmodern. Symtombilden kan vara överlappande med benigna myom och även med annan malignitet i de gynekologiska organen eller i livmodern såsom livmoderkroppscancer.

Symtom som bör föranleda utredning med misstanke om gynekologisk malignitet inklusive sarkom:

- Växande uterus, särskilt hos postmenopausal kvinna
- Behandlingsresistenta blödningsrubbnings
- Lågt sittande buksmärtor och fyllnadskänsla
- Förstorad uterus med trycksymtom mot blåsa eller tarm

Utredning:

- Klinisk gynekologisk undersökning inklusive värdering av allmäntillstånd
- Transvaginalt och ev abdominellt utltraljud
- MRT tumör i lilla bäckenet se Svensk förening för medicinsk radiologi metodbok
- DT buk-thorax
- Endometriebiopsi
- Ev. mellannålsbiopsi – bör genomföras vid oklarhet eller där tumör inte kan avlägsnas med en enkel hysterektomi eller vid övervägande av fertilitetssparande konservativ behandling

# Behandling

Se kapitel 7 (Behandling) i: [Bilaga Gynekologiska sarkom, Nationellt vårdprogram buksarkom](#)

Alla patienter med misstanke om eller konstaterat sarkom ska diskuteras på MDK, i första hand rMDK gyncancer. Vid behov konsulteras MDK vid sarkomcentrum SU/Sahlgrenska.

Primärbehandling vid sarkom inklusive gynekologiska sarkom och uterussarkom är i första hand kirurgisk. Vid sarkom lokaliserat till uterus innebär det i första hand total hysterektomi med eller utan bilateral salpingooforektomi. Vid överväxt mot närliggande organ gäller principen ”en bloc” resektion av tumör och organ som är involverade, med vid marginal. Vid postoperativ överraskningsdiagnos, som kan vara fallet efter operation av förmodat benign myom, ska beslut om eventuell kompletterande kirurgi och/eller postoperativ onkologisk behandling tas vid MDK.

Även vid återfall är kirurgi förstahandsval för behandling, om det bedöms som möjligt.

Kirurgin vid sarkom sker i första hand vid den gynekologiska tumörkirurgiska sektionen på SU/Sahlgrenska, vid behov i samarbete med sarkomcentrum SU/Sahlgrenska. Postoperativ onkologisk behandling sker i första hand vid gynonkologiska sektionen på JK SU/Sahlgrenska i samråd med sarkominriktad onkolog.

## Komplikationer

### Komplikationer efter kirurgi

Allvarliga komplikationer efter operation är ovanliga. Vid tecken på infektion efter operation eller misstanke om komplikation kontaktas den opererande avdelningen, via kontaktsjuksköterska.

### Biverkningar kemoterapi

Vid kemoterapi mot sarkom är alopeci, benmärgstoxicitet, perifer neuropati och illamående vanliga biverkningar. Lokala/regionala rutiner för hantering av dessa samt PM för omhändertagande av patient i samband med allergisk reaktion och extravasering ska finnas på varje enhet där cytostatika ges. Det är en fördel att patienten under behandlingstiden skattar sin biverkningsprofil med en validerad skattningsskala.

# Rehabilitering

Se kapitel 15.6 (Omvårdnad och rehabilitering) i: [Nationellt vårdprogram buksarkom](#).

## Rehabilitering

Under behandlingstiden görs regelbundna bedömningar av patientens rehabiliteringsbehov och därefter skapas, vid behov, en rehabiliteringsplan tillsammans med patienten. 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](http://www.eftercancer.se)) för bedömning där eventuell hänvisning kan ske till annan vårdnivå eller hemortssjukhus.

Se: [Nationellt vårdprogram bäckencancerrehabilitering](#)

# Klinisk uppföljning

Se kapitel 10 (Uppföljning) i: [Bilaga Gynekologiska sarkom, Nationellt vårdprogram buksarkom](#)

Rekommenderade uppföljningsintervall:

- År 1–2 var 3:e till var 6:e månad beroende på klinisk bedömning
- År 3–5 var 6:e månad
- År 5–10 1 gång årligen

Kontroll genomförs med DT thorax-buk och vid behov komplettering med gynekologisk undersökning och vaginalt ultraljud.

# Remissrutiner

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

Vid bekräftat eller stark misstanke om gynekologiskt sarkom ska remiss gå till den tumörkirurgiska sektionen vid gynekologi- och reproduktionsmedicin på SU/Sahlgrenska. Fax nr: 031–419361

Vid överraskningsdiagnos postoperativt (tex operation pga myom) ställes remissen till JK SU/Sahlgrenska.

Fallet föredrages vid rMDK gyncancer för planering av behandling. Vid behov tages vidare kontakt med sarkomcentrum SU/Sahlgrenska.

# Kvalitetsuppföljning

Behandling, uppföljning och onkologiskt utfall följs genom registrering i det nationella kvalitetsregistret för gynekologisk cancer.

Se: [Svenska kvalitetsregistret för gynekologisk cancer](#)

# Patientmedverkan och kommunikation

## Kontaktsjuksköterska

För att underlätta information och kommunikation mellan patient och vårdenhet, ska varje patient vid diagnostillfället erbjudas en namngiven kontaktsjuksköterska. Utöver att bevaka ledtider är kontaktsjuksköterskan ansvarig för att ”Min vårdplan” upprättas samt är delaktig i ”Aktiva överlämningar”. Funktion och uppdrag finns beskrivet i **Nationellt vårdprogram Cancerrehabilitering**.

# För vårdgivare

Se: [Regional medicinsk riktlinje Buksarkom – tillämpning av nationellt vårdprogram](#)

Se: [Nationellt vårdprogram buksarkom inkl. gynekologiska sarkom](#)

# Referenser

Se: [Gynekologiska sarkom, Nationellt vårdprogram buksarkom](#)

# Bilagor

1. [Flödesschema gynekologiska sarkom](#)

## Innehållsansvariga:

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

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Regional medicinsk riktlinje, RMR

**Gäller för:** Västra Götalandsregionen

**Innehållsansvar:** Åsa Åkesson, (asaro3), Överläkare

**Godkänd av:** Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

**Dokument-ID:** SSN11859-696346978-296

**Version:** 1.0

**Giltig från:** 2024-05-20

**Giltig till:** 2026-05-20