# 

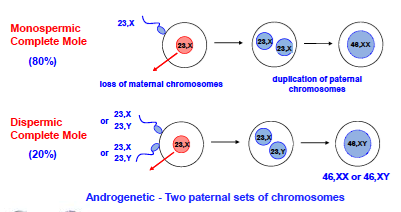
# Mola hydatidosa och gestationella trofoblasttumörer

**Gestationella trofoblasttumörer (GTD-gestational trophoblastic disease)** har sitt ursprung ur graviditet och består av prolifererande placentavävnad. GTD delas upp i de premaligna formerna komplett och partiell mola hydatidosa, som båda är patologiska graviditeter, och i de maligna formerna invasiv mola, choriocarcinom, placental site trophoblastic tumor och epitheloid trophoblastic tumor. Invasiv mola kan endast uppstå efter en tidigare molagraviditet, medan de tre sistnämnda maligna formerna kan uppstå efter vilken graviditet som helst. De maligna formerna brukar samlas under begreppet gestational trophoblastic neoplasia, GTN, då en malign trofoblastsjukdom oftast är en kriteriediagnos, och man därför sällan har en histologisk diagnos av subtyp.

**Mola hydatidosa**

**Patologi och genetik**

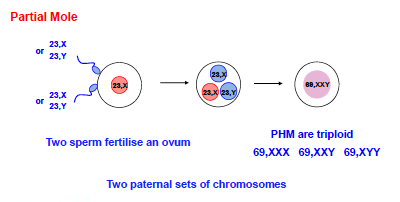
* **Komplett mola**



Fisher, R. Genetics of Gestational Trophoblastic Disease. ISSTD World Congr XVII, 2013

Den kompletta molan är genetiskt diploid, men består enbart av paternella kromosomer. Detta medför avsaknad av foster och en ökad tillväxt av placenta, som är omvandlad med hydropa chorionvilli. Makroskopiskt kan multipla blåsbildningar ses. Vid diagnostiska svårigheter kan man komplettera med immunhistokemi för p57, som är ett protein som enbart uttrycks i maternellt genom, och således utfaller negativt i en komplett mola.

* **Partiell mola**



Fisher, R. Genetics of Gestational Trophoblastic Disease. ISSTD World Congr XVII, 2013

Den partiella molan är genetiskt triploid, med ett överskott av paternellt genom. Placenta kan ha områden med normala chorionvilli omväxlande med områden med hydropt uppdrivna villi. Fostervävnad finns. Makroskopiskt är blåsbildningen mindre uttalad och kan vara svår att se. Immunhistokemi för p57 utfaller positiv.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Komplett mola** | **Partiell mola** | **Missed abortion** |
| Diploid | **Triploid** | Oftast diploid |
| **p57-negativitet** | p57-positivitet | p57-positivitet |
| **Ofostrig** | Fostrig | Oftast fostrig |

**Symptom**

Tidigare förknippades ofta en molagraviditet med dramatiska symptom och fynd såsom riklig blödning, kraftigt illamående, stor uterus för graviditetslängden, theca-luteincystor, thyreotoxikos och tidig debut av pre-eklampsi. Numera är symptomen betydligt mildare, sannolikt beroende på tidigare diagnos. Det vanligaste symptomet vid mola idag är **vaginal blödning**. Många patienter är helt **asymptomatiska** vid diagnos.

**Utredning**

Ultraljud ”snöstormsmönster” samt avsaknad av foster vid komplett mola. Vid partiell mola svår gränsdragning mot missed abortion.

Serum-hCG utgångsvärde

Röntgen pulm kan övervägas vid kraftigt förhöjda hCG-nivåer och kliniskt stark misstanke om molagraviditet

**Handläggning av molagraviditet**

* Utrymning med vacuumexaeres och efterföljande ultraljudskontroll. Vid behov induceras cervixmognad med prostaglandin. Vid partiell mola med fosterstorlek >12 veckor görs ett tvåstegsavbrytande enligt detta PM, dock med efterföljande vacuumexaeres av placenta alternativt rester.
* Beredskap för blodtransfusion vb
* Preparat till PAD med frågeställning subtyp av mola
* I fall av theca-luteincystor exspektans. Dessa försvinner med sjunkande hCG-nivåer. Kan tappas på cystvätska vid symptomgivande storlek.

**Uppföljning av molagraviditet**

* **Komplett mola**

S-hCG varannan vecka tills negativt vid två tillfällen, därefter S-hCG varje månad tom 6 månader efter första negativa värde, då kontrollerna avslutas. Återbesök med information och gynekologisk undersökning efter 4v samt vid avslutande av hCG-kontroller.

* **Partiell mola**

S-hCG varannan vecka tills negativt vid två tillfällen, då kontrollerna avslutas. Återbesök med information och gynekologisk undersökning efter 4v samt vid avslutande av hCG-kontroller.

Antikonception rekommenderas under kontrollperioden.

Vid platå eller stigande värden kontrolleras beta-hCG varje vecka.

Ny graviditet tillåts omedelbart efter kontrollperioden.

Vid ny graviditet rekommenderas tidigt ultraljud för att utesluta ny molagraviditet och kontroll av hCG 6 v postpartum. Risken att utveckla en ny mola för den som tidigare haft en är ca 1 % och för den som haft 2 molor drygt 10 %. Efter 3 molor anses chansen för en normal graviditet vara liten.

**Utveckling av gestationell trofoblastneoplasi, GTN**

Risken för malign utveckling är betydligt högre vid en komplett mola än en partiell. Diagnosen baseras oftast på en utebliven hCG-regression och är en internationellt vedertagen kriteriediagnos.

Vid stigande eller avplanande hCG-värden, kontakt med gyntumörkonsult tel 08-51770414 eller remiss till gyn tumörkirurgiska mottagningen, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna.

**Terapi**

I nästan alla fall cytostatikabehandling.

För cytostatikaprotokoll vg se separata kurschemat.

Prognosen vid en malign trofoblastsjukdom är utmärkt.

**Uppföljning av GTN**

hCG varannan vecka tom 6 månader efter behandlingsavslut, månatligen tom 1 år, var tredje månad tom 5 år. Återbesök (1, 3), 6, 12 månader efter behandlingsavslut, därefter årligen.

Ny graviditet tillåts ett år efter behandlingsavslut. Tidigt ultraljud rekommenderas samt kontroll av hCG 6 v postpartum.

**Versionshistorik**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Version** | **Datum** | **Förändring och kommentar** | **Ansvarig** |
| 3 | 2020-10-29 | Förlängt utan uppdatering | Ronak Perot |
| 2 | 2018-02-08 | Förlängt | Michael Algovik |
| 1 | 150512 | PM uppdaterat. Text förändrad. | Henrik Falconer |