

Mola och annan trofoblasterjukdom – KK HS

Hitta i dokumentet

[Trofoblasterjukdom GTD = gestational trophoblastic disease](#)
[Nationellt centrum för trofoblasttumör](#)
[Symptom och fynd](#)
[Diagnos](#)
[Differentialdiagnoser](#)
[Metastasering vid malign sjukdom](#)

[Vacuumexeres](#)
[PAD-remiss](#)
[Handläggning då PAD visar mola](#)
[Kriterier för GTN, d.v.s. malign trofoblasttumör](#)
[Länk till nationellt vårdprogram](#)
[Uppdaterat från föregående version](#)

Trofoblasterjukdom GTD = gestational trophoblastic disease

Gestationell trofoblasterjukdom är samlingsnamnet för en grupp graviditetsrelaterade tumörer med ursprung i moderkaksvävnad. De är ovanliga och förekommer i både premaligna och maligna former.

Incidensen för mola är ca 1-3 per 1000 graviditeter.

Risikfaktorer är tidigare mola samt låg eller hög ålder vid graviditet.

Premaligna trofoblasttumörer

- **Komplett mola** – 46xx eller 46xy, maternellt DNA förlorat och dubbelt paternellt. Saknar foster och hinnsäck.
- **Partiell mola** – triploid 69XXY eller 69XXX, kan ha foster.

Benigna trofoblasttumörer

- Exaggerated placental site tumor.
- Placental site nodule.

Maligna: GTN (gestational trophoblastic neoplasia)

- Invasiv mola: Uppstår enbart efter mola.
- Choriocarcinoma: Kan uppkomma efter alla former av graviditeter.
- PSTT: Placental site trophoblastic tumor.
- ETT: Epiteloid trofoblasttumör.

Nationellt centrum för trofoblasttumör

Fr.o.m. juli 2020 ska alla trofoblasttumörer inklusive mola, remitteras till Nationellt Centrum för Trofoblasterjukdom på Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm.

Vid partiell/komplett mola sker sedvanlig handläggning i Halland, se nedan, men speciell remiss faxas till KS som eftergranskar PAD. De skickar brev till patienten med namnetiketter, för ett extra blodprov till KS vid varje kontroll av S-hCG, då de önskar analysera och följa det i speciellt laboratorium.

Nationell MDK varannan tisdag kl. 15.00-16.00 för komplicerade fall. Remiss inskickas senast fredagen för att komma med. Virtuellt mötesrum nr 101910045.

Kontaktinformation:

[Karolinska universitetssjukhuset – Nationellt centrum för Trofoblastsjukdom](#)

Symptom och fynd

- Blödning vaginalt
- Höga nivåer av S-hCG: ofta >100 000 IU/L, men kan ligga inom normalvärdesgränserna, särskilt vid partiella molor.
- Symtom från andra organ? Lungor, hjärna? Metastaserad trofoblastsjukdom?

Majoriteten av molor manifesterar sig som icke-viabila graviditeter i första trimestern. Det som tidigare betecknats som klassiska symptom, bl.a. att uterus är större än tiden och svår hyperemesis, är inte så framträdande då kvinnor idag ofta söker tidigt.

Diagnos

- Gynekologiskt status med uteruspalpation.
- **Vaginalt ultraljud:** Placenta relativt stor, snöstormsmönster, schweizerostbild. Oftast icke viabel graviditet, men kan uppkomma under normal graviditet. Ev. ovarialcystor.
- Exeres för PAD och behandling, se nedan.
- Frikostigt skicka för PAD vid reexeres pga blödning, placentarester eller vid avvikande placenta vid inspektion.
- Vid misstanke om partiell mola med foster större än vecka 12 görs ett medicinskt avbrytande som alltid efter att fostret kommit ut skall kompletteras med vacuumexeres för en komplett tömning.
- Vid misstanke om partiell mola och en samtidig vital tvillinggraviditet och önskemål om att bevara denna kontaktas Nationellt Centrum för trofoblastsjukdom på Karolinska sjukhuset enligt länk ovan.

Differentialdiagnoser

- Mola: spontanabort, tvillinggraviditet med mola och normalt foster, placenta mosaicism.
- Malign trofoblastsjukdom: cervix/uteruscancer, placenta accreta/increta/percreta, spridd cancer UNS.

Metastasering vid malign sjukdom

Till i första hand lungor, följt av vagina, hjärna, lever

- Hemoptys, hosta, bröstsmärtor
- Lättblödande tumör vulvovaginalt
- Cerebrala symptom

Vacuumexeres

- Pre-op S-hCG, bastest, Cytotec enligt rutin. Blod i beredskap.
- OBS! erfaren operatör tillgänglig p.g.a. blödnings- och perforationsrisken.
- Oxytocin 8,3 mikrog/ml ges först vid ingreppets avslutning (annars ökad risk för PTD). Om stor placenta/uterus kan oxytocininfusion förberedas inför op (6 ampuller (6 ml) blandas i 500 ml 5,5%-ig Glukos).
- Uterus storlek >12 veckor: 800 mikrogram misoprostol vaginalt, avvakta 3 timmar och ge sedan 400 mikrogram var fjärde timma tills cervix är dilaterad och patienten börjar blöda. Här efter vacuumexeres enligt ovan.
- Ultraljudskontroll på op sal efter utrymningen.
- Rh-profylax till Rh-negativa.

PAD-remiss

OBS! markera snabbsvar och ange uppskattad gestationsålder!

PAD-svar med snabbsvar kommer oftast inom 7-10 dagar. Vid mola görs därefter ploidi-status för att avgöra om komplett eller partiell, vilket kan ta ytterligare ca 4 veckor.

Handläggning då PAD visar mola

- Remiss faxas till koordinator vid Nationellt Centrum för Trofoblastcentrum enligt [Remissmall](#). Inget annat underlag behöver skickas, de läser i NPÖ och beställer PAD för eftergranskning. Se länk till hemsidan ovan, inkl fax nr.
- Läkarbesök bokas för info till patienten och vaginalt ultraljud. [Patientinfo](#) från Karolinska delas ut. Patienten får kontaktsköterska från lokalt onkologteam.
- Kuratorskontakt erbjuds.
- Preventivmedel planeras för kontrolltiden.
- Patienten får brev från KS med info och namnetiketter för ett extra blodprovsvrör vid fortsatta kontroller av S-hCG, inkl. instruktioner om transport av provet (se hemsidan). Vid mola informeras att vården ges av lokal klinik.

Uppföljning

- S-hCG initialt och var 14:e dag tills negativt (<1). Vid platå eller stegring tas prov varje vecka se nedan under GTN.
- Lungröntgen behöver inte göras vid mola primärt eller när S-hCG sjunker adekvat – enbart då kriterier finns för GTN, se nedan.
- Vid en efterföljande graviditet ska tidigt ultraljud utföras och S-hCG kontrolleras 6-8 veckor efter partus.

Om S-hCG neg <8 veckor = låg risk för malign omvandling

- Vid fastställd **partiell mola** behövs enbart två konfirmerande negativa S-hCG (<1). Därefter avslutas kontroller.
- Vid **komplett mola** fortsätter kontroller efter 2 negativa S-hCG (<1) med S-hCG 1 gång/månad i ytterligare 6 månader. Under denna tid viktigt avstå från ny graviditet, hjälp med säkert preventivmedel. Eventuell graviditet under denna tid är dock inte abortindikation, men behöver verifieras som normal graviditet med ultraljud.

Om plåtå eller stigande S-hCG = kontroll varje vecka

- Om normalisering av S-hCG inte skett inom 8 veckor, görs gynekologisk undersökning samt vaginalt ultraljud.
- Vid normalt gyn status och S-hCG i sjunkande, avvakta ytterligare 4 veckor.
- Om S-hCG då normaliserats, kontroller 1 gång/månad i ett år, eller enligt plan från KS.

Kriterier för GTN, d.v.s. malign trofoblasttumör

- S-hCG ligger på en plåtå (<+/-10 %) under 3 veckor (dag 1, 7, 14, 21).
- Två konsekutiva S-hCG stegringar på $\geq 10\%$ under minst 2 veckor (dag 1, 7, 14). Man jämför med tidigare prov, d.v.s. 3:e provet är >20% högre än första provet.
- Histologisk diagnos koriocarcinom, invasiv mola, PSTT, ETT.
- S-hCG >20 000 IE/L en månad efter evakuering, stor uterus efter utrymning.

Utredning vid GTN

Skyndsamt utredning och telefonkontakt med KS, se länk hemsida ovan.

- Gynekologisk undersökning, vaginalt ultraljud inkl. doppler.
- Blod-, el- och leverstatus.
- Lungröntgen för metastasräkning enligt poängsystem.
- CT thorax-buk.

Canceranmälan via INCA

Canceranmälan vid mola görs lokalt via INCA. Vid malign sjukdom registrering via INCA i gyncancerregistret under "tumörer och tumörliknande tillstånd".

Länk till nationellt vårdprogram

[Nationellt vårdprogram trofoblastsjukdomar - RCC \(cancercentrum.se\)](https://cancercentrum.se/nationellt-vardprogram-trofoblastsjukdomar-rcc)

Uppdaterat från föregående version

2023-01-23: Uppdaterad enligt ny version av nationellt vårdprogram. Tillägg 3:e punkten under Symtom och fynd, 5:e och 6:e punkten under Diagnos. 3:e och 4:e punkten under Handläggning då PAD visar mola. Tillägg sista meningen 2: punkten under Om S-hCG <8 v.

2022-05-23: Uppdaterat länkar, redaktionell ändring.

2022-04-28: Endast redaktionell ändring, uppdaterat länkar.

Jan-22: Reviderad med nytt datum utan ändringar.

2020-12-04: Större ändringar då vi nu ska remittera till Karolinska US i Sthlm.

November-19: Reviderad av Christina Rydberg för att överensstämja med regional riktlinje om mola på Sahlgrenska. Stycket Riskfaktorer borttaget, ändrad rubrik i tredje stycket, lagt till sista punkten i femte stycket samt lagt till blod-, el-, leverstatus i sista punkten i sista stycket *Kontakta JK-gyn o.s.v. Negativt S-hCG värde ändrat till <1.*

Augusti-19: Reviderad med större ändringar under alla rubriker.

Dec-18: Lagt till sista meningen, första stycket, första rubriken.

Nov-17: Reviderad, tillägg mening efter första rubriken. Ändring 2:a, 4:e & 6:e punkten under

Vacumexeres, 2:a punkten under *Uppföljning då PAD...*, samt lagt till länk till nationellt vårdprogram.

Varberg PM: **Mola** GTD=gestational trophoblastic disease, 2013-11-15

Reviderad dec: gäller även för gynekologimottagningen i Kungälv.

Tillägg under första rubriken, 1a, mening efter "komplett" samt under 1b mening efter "inkomplett eller partiell". Tillägg av tre sista punkterna efter rubriken "Diagnos". Tillägg i och efter första meningen i första punkten efter rubriken "Vacumexeres", tillägg av enhet Syntocinon. Tillägg även andra punkten, samma rubrik, efter första satsen. Tillägg av två sista punkter under samma rubrik. Tillägg sista punkten under rubriken "Uppföljning då PAD visar Mola". Tillägg i sista rubriken med "alternativt gyn-onk-temaet i Lund".
2015-02-03:Ändrat rubriken till "...- KK HS".