

Kap. 6. Opfølgning

Sundhedsstyrelsen har udsendt nye regler for opfølgning af patienter med endometriecancer, som er implementeret pr. 1/6 2015.

Gruppe A: Lav risiko for recidiv omfatter: stadium I endometrioidt adenokarcinom (type 1) grad 1 og 2 uden invasion i lymfe eller blodkar (LVSI).

Gruppe B: mellemrisiko for recidiv omfatter: stadium I (type 1) grad 1 og 2 med LVSI, grad 3 eller type 2 (non-endometrioidt) samt stadium II.

Gruppe C: Højrisiko for recidiv: Alle radikalt opererede i stadium III.

Gruppe D: Persisterende sygdom – stadium III og IV.

Gruppe E: Kurativt behandlede recidiver.

Såfremt patienter indgår i kliniske studier følges de i hht. de relevante protokoller på den relevante afdeling.

Gruppe A

Opfølgning efter 3-4 mdr. på opererende afdeling med behovsvurdering i hht. Sundhedsstyrelsens nye retningslinjer. Denne indebærer vurdering af fysiske genoptrænings- og psykosociale rehabiliterings behov i kommunalt / regionalt regi. Opfølgning indebærer endvidere en enkelt klinisk kontrol typisk med gynækologisk undersøgelse og vaginal ultralydsscanning. De fleste ptt i denne gruppe vil ikke have behov for yderligere lægelig kontrol mhp. opsporing af recidiv.

Gruppe B

Denne gruppe følges hver 4 mdr. op til 2 år og derefter årligt på opererende afdeling i hht. de fortsat gældende retningslinjer i 3-5 år pga. en ikke ubetydelig risiko for recidiv. Opfølgning indebærer klinisk kontrol typisk med gynækologisk undersøgelse og vaginal ultralydsscanning. Behovsvurdering i øvrigt i hht. Sundhedsstyrelsens retningslinjer, som indebærer vurdering af fysiske genoptrænings- og psykosociale rehabiliterings behov i kommunalt / regionalt regi.

Gruppe C

Følges på onkologiske afdelinger hver 4. måned i 3 år og derefter årligt 3 - 5 år i hht. individuelle behov. Opfølgning indebærer klinisk kontrol med gynækologisk undersøgelse og billeddiagnostik. Der vil i denne gruppe være forskel på ptt behov i hht., om de er strålebehandlet eller ikke mhp. senfølger og recidivmønster.

Behovsvurdering i øvrigt i hht. Sundhedsstyrelsens retningslinjer, som indebærer vurdering af fysiske genoptrænings- og psykosociale rehabiliterings behov i kommunalt / regionalt regi.

Gruppe D

Følges på onkologisk afdeling hver 3-4 mdr. maksimalt 5 år. Opfølgning indebærer klinisk kontrol med gynækologisk undersøgelse og billeddiagnostik. Behovsvurdering i øvrigt i hht. Sundhedsstyrelsens retningslinjer, som indebærer vurdering af fysiske genoptrænings- og psykosociale rehabiliterings behov i kommunalt / regionalt regi.

3. revision af guideline - 2016

Gruppe E

Følges på behandlende afdeling hver 4. måned i 3 år og derefter årligt 3-5 år i hht. individuelt behov. Opfølgning indebærer klinisk kontrol med gynækologisk undersøgelse og billeddiagnostik efter individuel vurdering. Der vil i denne gruppe være forskel på patienters behov i hht. om de er opererede eller strålebehandlede mhp. senfølger.

Behovsvurdering i øvrigt i hht. Sundhedsstyrelsens retningslinjer, som indebærer vurdering af fysiske genoptrænings- og psykosociale rehabiliterings behov i kommunalt / regionalt regi.

Symptomer som patienterne skal reagere på

Kvinderne skal informeres om de mest almindelige følgevirkninger efter deres behandling og ligeledes informeres om de symptomer, de skal reagere på, i forhold til senfølger, der kræver en indsats og i forhold til evt. recidiv. De skal også informeres om muligheden for de støttetilbud, der findes i Kræftens Bekæmpelse.

Almindelige følger efter livmoderkræft:

- Træthed som varer flere måneder
- Problemer med at genoptage seksualliv
- Psykiske reaktioner som koncentrationsbesvær, tristhed, angst for tilbagefald og bekymringer for fremtiden, selvom de er sygdomsfrie
- Vanskeligheder med at vende tilbage til arbejdsmarkedet eller i samme sociale rolle som tidligere

Symptomer kvinderne bør reagere på, recidivmistanke:

- Blødning fra skeden
- Nyopstået hævelse af det ene eller begge ben
- Smerter
- Oppustet mave – fornemmelse af at være fyldt op
- Øget maveomfang
- Nyopståede ændringer i afføringsmønstret, ofte forstoppelse
- Vejtrækningsbesvær
- Nyopstået og tiltagende træthed gennem de seneste 14 dage
- Uforklarlig vægtændring

Symptomer kvinderne bør reagere på, følgevirkninger:

- Nyopstået hævelse af det ene eller begge ben
- Nyopståede ændringer i afføringsmønstret, ofte forstoppelse
- Oppustet mave – fornemmelse af at være fyldt op
- Øget maveomfang
- Modløshed og tristhed gennem flere uger
- Ikke har genoptaget vanligt seksualliv 6 måneder efter afsluttet behandling

Hormonsubstitution efter operation

Kasuistiske og mindre ukontrollerede studier tyder på, man godt kan behandle kvinder med svære klimakterielle symptomer med HRT. NIH (National Institute of Health, America) startede i 1997 et højt prioriteret dobbeltblindt studie [1] planlagt til 2000 kvinder med endometrie-cancer, randomiseret til

3. revision af guideline - 2016

placebo eller konjugerede ekvine østrogener i kontinuerlig kombination med MPA (medroxyprogesteronacetat). Studiet blev lukket præmaturlt efter publikationen af WHI studiet [2], da der var 618 i hver gruppe. Efter en median opfølgning på 3 år var der i HRT gruppen 9 levende med recidiv og 5 endometriecancer dødsfald, mens der i placebogruppen var hhv. 8 levende og 4 døde.

En meta-analyse fra 2014 [3] konkluderer baseret hovedsagelig på retrospektive data og enkelte mindre serier i tillæg til ovenstående studie, at HRT efter endometriecancer i stadium I og II ikke væsentlig forøger risikoen for recidiv, selvom en mindre risiko ikke kan udelukkes pga. mulighed for selektions bias.

Der foreligger ikke i dag valide data om hvilken form for HRT, man kan tilbyde radikalt opererede endometriecancer patienter. På baggrund af den foreliggende litteratur findes det imidlertid forsvarligt at behandle kvinder, der er radikalt opereret for stadium I cancere med HRT. Teoretisk og baseret på ovenstående studier må man foretrække en kontinuerlig kombination af østrogen og gestagen til disse patienter [4].

**Retningslinjer for visitation, diagnostik, behandling og kontrol af cancer corporis uteri.
3. revision af guideline - 2016**

Referencer

1. Barakat RR, Bundy BN, Spirtos NM, Bell J, Mannel RS. Randomized double-blind trial of estrogen replacement therapy versus placebo in stage I or II endometrial cancer: a Gynecologic Oncology Group Study. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2006;24(4):587-92.
2. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Jama*. 2002;288(3):321-33.
3. Shim SH, Lee SJ, Kim SN. Effects of hormone replacement therapy on the rate of recurrence in endometrial cancer survivors: a meta-analysis. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*. 2014;50(9):1628-37.
4. Ulrich L. HRT after endometrial cancer--is it safe? *Maturitas*. 2014;79(3):237-8.