

Stockholm 16 maj 2012

## Remissvar

### **Dokument: Ärftlig tjocktarmscancer- utredning, uppföljning och omhändertagande**

#### Arbetsgruppen för cancernetiska mottagningar 2012

Gynekologiska Tumörarbetsgruppen inom Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) arbetar för att uppnå en god och likvärdig behandling av gynekologiska tumörsjukdomar i Sverige. Vi tycker det är bra att er cancernetiska arbetsgrupp presenterar detta dokument.

Gynekologiska tumörarbetsgruppen avgränsar remissvaret till avsnitt som berör ärftlighet för gynekologisk cancer.

#### **Lynch syndrom Gynekologisk cancer**

Första meningen under gynekologisk cancer sidan 9 innehåller språkliga fel. Var god se över dem.

#### Profylaktisk kirurgi

Vi önskar modifiera rekommendationerna avseende profylaktisk kirurgi vid bärare av Lynch syndrom och hos kvinnor med Lynch syndrom som opereras för kolorektal cancer. Det bör framgå att premenopausala kvinnor skall informeras om att profylaktisk kirurgi kan utföras i två seanser, innebärande först total hysterektomi och vid senare operationstillfälle och högre ålder bilateral salpingooforektomi. Denna valmöjlighet bör diskuteras utifrån att hysterektomi och oforektomi ger skilda konsekvenser och kan vägas separat mot cancerrisken.

Vidare kan nämnas att i nationella vårdprogrammet för ovarialcancer som fn är ute på remiss så anges en rekommendation för profylaktisk operation vid Lynch syndrom vid 35 års ålder. Vi tycker att även negativa konsekvenser avseende oforektomi vid denna ålder bör lyftas fram i förhållande till ovarialcancerrisken.

Det bör också framgå att östrogensubstitution kan ges och att det rekommenderas efter profylaktisk oforektomi upp till naturlig menopausålder för att ”skydda” skelettet.

## Uppföljning.

Vi håller med om att evidens saknas för nyttan med kontrollprogram. Vi tycker att er rekommendation med 1-2 års intervall är bra men att man bör tydliggöra att det inte finns någon säker evidens för den rekommendationen. Hon kan också välja att söka vid symtom på blödningsrubbingar. Det kan finnas en psykologisk vinst med att kontroller, kontakt och förtroende byggs upp till gynekolog som kan underlätta beslut inför profylaktisk kirurgi och har specialistkunskap om lämpliga hormonella preventivmetoder.

Vi är ej överens med innehållet i kontrollprogrammet som föreslås. Endometriebiopsi och CA-125 i "förekommande fall" är otydligt. Det finns ingen evidens att ta CA125 som screening hos premenopausala kvinnor (för dålig specificitet). Eftersom de flesta genomgår profylaktisk kirurgi innan menopaus rekommenderar vi att ni tar bort CA125 ur kontrollprogrammet. Vad gäller endometriebiopsi rutinmässigt finns inte heller här någon evidens. Vi tycker att endometriebiopsi skall tas på postmenopausala kvinnor som på vaginalt ultraljud har en endometrietjocklek >4 mm där evidens finns för ökad förekomst av endometrie cancer.

När det gäller premenopausala kvinnor varierar endometrietjockleken med menscykeln och det finns ingen definierad "cut off" för endometrietjocklek som ökar cancerrisken. Hos premenopausala kvinnor skall endometriebiopsi tas om blödningsproblematik föreligger.

### Tabell 4 Uppföljning av Lynch syndrom

Vi finner det konstigt att man i tabell 4 rekommenderar startålder av gynekologiska kontroller vid 30-35 års ålder men av urinvägar vid 25-35 års ålder trots att medianålder för insjuknande är tidigare för ovarial- än urinvägscancer samt att det är högre livstidsrisk för ovarialcancer.

### Peutz –Jaegers syndrom (PJS) sid 21

Vi ställer oss tveksamma till att årlig gynekologisk kontroll inklusive vaginalt ultraljud är nödvändigt årligen från 20 års ålder?

Angelique Flöter Rådestad  
Ordförande Gynekologiska Tumörarbetsgruppen  
Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi

Rene Bangshøj  
Sekreterare Gynekologiska  
Tumörarbetsgruppen, Svensk Förening  
för Obstetrik och Gynekologi