

Behandlingsstrategi af arvelig bryst-ovariecancer

Alle kvinder, der kunne være disponerede for bryst-ovariecancer, skal henvises til genetisk rådgivning. Kun såfremt denne rådgivning udmunder i, at kvinden kunne have en øget risiko, kan hun sættes i kontrol efter de nedenfor skitserede retningslinier. Kvinder, der efter rådgivning **ikke** ser ud til at have en højere risiko end baggrundsbefolkningen, må ikke tilbydes kontrol, idet man ikke skal sygeliggøre disse kvinder. Vores vigtigste opgave i denne forbindelse er at understrege, at hun ikke er disponeret, og ikke "falde" for hendes ønske om kontrol (i mange år) - hun risikerer at blive opereret/gjort mere ængstelig!

Hvornår man skal starte sin kontrol må vurderes i det enkelte tilfælde, men da ovariecancer ekstremt sjældent diagnosticeres før 25 års alderen, bør kvinder yngre end 25 år som regel ikke screenes.

Kvinderne screenes **én gang årligt** med vaginal ultralydsscanning og måling af CA 125. Der findes ingen sikre diagnostiske tests for ovariecancer, og behandling samt kontrol af kvinder, som har en øget risiko for at udvikle sygdommen, må derfor individualiseres ud fra nedenstående.

Fordele og ulemper ved eventuel profylaktisk salpingo-oophorectomi må diskuteres med kvinden.

Vaginal ultralydsscanning.

Det vurderes om der er cyster og/eller solide tumorer. Hvis der er cyster/tumorer skal følgende bemærkes:

- største diameter af cyster,
- antal kamre,
- tilstedeværelsen af solide partier (inklusive exkrescenser),
- større mængder fri væske i fossa Douglasi,
- tilstedeværelse af cyste/tumor på modsidige ovarium.

Ikke suspekt cyste: Unilokulær, glatvægget, ekkotom cyste med diameter <4 cm (præ- og perimenopausalt) eller <3 cm (postmenopausalt).

Suspekt cyste: Flere kamre, exkrescenser, solid eller blot solide partier, ekkogene refleksionsmønstre, diameter ≥ 7 cm (præ- og perimenopausalt) eller ≥ 3 cm (postmenopausalt), ascites, bilateralitet.

CA 125

Øvre grænse for normalværdier for CA 125 er #35 U/ml. Denne værdi kan imidlertid afhænge af det anvendte assay og man bør undersøge øvre grænse for normalområdet hos sit lokale laboratorium. Stigende værdier højt i normalområdet (\exists 25 U/ml) kan være suspekter og bør hos postmenopausale give anledning til en intensiveret kontrol. En forhøjet CA 125 værdi skal altid konfirmeres ved en ny måling med mindre fremskyndet operation er indiceret.

Følgende tilstande kan give anledning til *falsk forhøjede CA 125-værdier*: infektion, inflammatoriske lidelser, graviditet, endometriose, ascites uanset ætiologi.

Cystepunktur

Punktur af cyster hos kvinder med familiær disposition til ovariecancer mener vi ikke, der er belæg for i litteraturen. Ofte er den cytologiske undersøgelse af cystevæsken inkonklusiv, og hvis kvinden har cancer, er der en risiko for at sprede cancerceller via punkturen.

Præ- og perimenopausale (<2 år efter sidste menstruation)

Alle suspekter cyster og solide tumorer fjernes kirurgisk.

Kvinder, der har en "ikke suspekt" cyste og en CA 125-værdi, som er:

CA 125 #35 U/ml (=normal):

Cystediameter: <4 cm: ny kontrol om et år.

4-7 cm: UL 6 uger senere. Cystefjernelse ved uændret størrelse eller ved vækst.

CA 125 er 35-50 U/ml:

Ny CA 125-måling og UL 3 uger senere. Såfremt CA 125 normaliseres (#35 U/ml) og cysten er <4 cm da ny kontrol om 1 år. Ved uændrede eller stigende CA 125-værdier og tilstedeværelse af en cyste på 4-7 cm må operation overvejes.

CA 125 er >50 U/ml:

Ved tilstedeværelse af cyste uanset størrelse og morfologi: operation.

Ved *normal scanning af ovarierne* og forhøjet CA 125: ny måling 3 uger senere. Såfremt CA 125 normaliseres (#35 U/ml): ny kontrol om 1 år. Ved uændrede eller stigende CA 125-værdier, som ikke kan forklares ud fra andre organklager, må laparoskopi overvejes.

Postmenopausale (≥2 år efter sidste menstruation)

Alle suspekterte cyster og solide tumorer fjernes kirurgisk.

Kvinder, der har en "ikke suspekt" cyste og en CA 125-værdi, som er:

CA 125 #35 U/ml (=normal):

Cystediameter: <3 cm: UL efter 6 uger. Såfremt uændret cystestørrelse: BSO (benign) eller operation i henhold til NOCOVA (malign).

≥3 cm: sædvanligvis BSO (benign) eller operation i henhold til NOCOVA (malign).

CA 125 er >35 U/ml:

Ved tilstedeværelse af cyste uanset størrelse og morfologi: operation.

Ved *normal scanning af ovarierne* og forhøjet CA 125: ny CA 125 måling 3 uger senere. Såfremt markørværdien er uændret/stigende er patienten stærkt suspekt for at have ovariecancer og laparoskopi bør overvejes.

Behandlingskrævende smerter eller tryksymptomer

Altid laparoscopi/tomi.

Ovenstående forslag er udarbejdet af Ulla Breth Knudsen, Ole Mogensen og Jan Blaakær, og oplægget har været udsendt til følgende følgende personer, som vi takker for megen konstruktiv feedback:

S. Ahrons, J. Bock, S. Hahn-Petersen, A. M. Gerdes, F. K. Jensen, T. Kruse, M. Nyland, J. Philip, N. J. Secher, P. Skovbo, L. Sunde, E. Søgaard, A. Tabor, K. Toftager-Larsen.