

Kirurgisk kreftbehandling har tradisjonelt bestått i fjerning av det affiserte organ med omgivende risikoområde og – for kreftsvulster som sprer seg lymfogen – de regionale lymfeknuter, gjerne etterfulgt av adjuvant bestråling eller kjemoterapi til grupper med høy risiko for residiv. Helbredelse er utvilsomt det viktigste mål for behandlingen, men når prognosen er god, har livskvalitet og andre forhold fått økende betydning.

Omtrent 20 % av tilfellene av gynekologisk kreft rammer kvinner i fertil alder. Behandlingen må ta hensyn til at stadig flere kvinner ønsker å bevare sin fertilitet, sin ovarialfunksjon og seksualfunksjon. Claes Tropé og medarbeidere gjennomgår i dette nummer av Tidsskriftet ulike sider ved fertilitetsbevarende behandling ved gynekologisk kreft (1).

Ovarialcancer, som rammer ca. 500 norske kvinner årlig, er ofte i et avansert stadium ved diagnosetidspunktet, og radikal kirurgi blir nødvendig. Men enkelte kvinner med prognostisk gunstig ovarialcancer kan tilbys fertilitetsbevarende kirurgi med fjerning kun av det tumoraffiserte ovarium. Ved invasiv cervixcancer inntil stadium Ib1 er fertilitetsbevarende operasjonsmetoder blitt anvendt (2, 3). Resultatene har vært oppmuntrende med henblikk på cancerprognosen.

Svangerskap etter konservativt behandlet cervixcancer har ofte vist seg problematiske, til tross for forsøk på å forebygge cervixsvikt kirurgisk. I et samlemateriale på 51 svangerskap endte 27 (53 %) med levende barn (4). Konservativ behandling av de tidligste stadiene av endometriecancer, med hysteroskopisk reseksjon av affisert endometrium, er forsøkt, men må inntil videre betraktes som insuffisient, og kan ikke anbefales. Denne kreftform rammer for øvrig sjelden fertile kvinner.

Sammenliknet med radikal kreftbehandling vil fertilitetsbevarende kirurgi kunne medføre økt residivrisiko. Etter å ha fått en kreftsykdom med usikker prognose vil bare et mindre antall kvinner være opptatt av sin fertilitet, og beslutningsprosessen vedrørende behandlingens radikalitet må være individualisert og basert på best mulig informasjon.

Som det fremgår av Helga Salvesens artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (5), er det for visse kreftformer skjedd en utvikling i retning av mer selektiv lymfadenektomi, ofte ved at bare den nærmeste drenerende (sentinel) lymfeknute, vaktpostlymfeknute, fjernes. For gynekologisk kreft er denne metodikk foreløpig på utprøvningsstadiet. Det er mange usikkerhetsmomenter knyttet til

rutinemessig regional lymfeknutejerning. Det diskuteres om inngrepet er terapeutisk eller kun har diagnostisk verdi. Sentre som foretar omhyggelig lymfadenektomi, rapporterer bedre overlevelsestall stadium for stadium enn de som ikke foretar slike inngrep rutinemessig. Men den påståtte gevinst kan være bare tilsynelatende: Man får en forskyvning mot høyere stadier, men prognosen for gruppen totalt forblir den samme. Og ingen har overbevisende vist at prognosen blir bedre med lymfadenektomi. Lymfesystemet er et predileksjonssted for metastaser. Men dette faktum har sannsynligvis fått for stor oppmerksomhet i forhold til lymfesystemets positive rolle, og til risikoen som er forbundet med lymfadenektomi, så som økt perioperativ morbiditet, lymfecysteutvikling, lymfødeme og residiverende erysipelas. Den internasjonale gynekologiorganisasjon, FIGO, krever i sin stadielklassifisering lymfadenektomi for adekvat stadiefastsettelse av endometriecancer (6). Et slikt krav medfører fare for overbehandling, og kan virke som en urimelig tvangstrøye. I Norge blir de fleste operasjoner for endometriecancer utført ved vanlige gynekologiske avdelinger, og lymfadenektomien unnlates som regel, da den ansees som teknisk vanskelig, risikabel og har tvilsom nytteverdi. Dette har medført at store norske materialer med verdifull informasjon er blitt refusert av internasjonale tidsskrifter under henvisning til manglende data om lymfeknutestatus.

Laparoskopisk kirurgi har siden tidlig i 1990-årene fått innpass også i gynekologisk onkologi. Laparoskopisk lymfadenektomi kombinert med vaginal fjerning av uterus eller cervix medfører redusert morbiditet, liggetid og sykmeldingsperiode. Men dette inngrepet krever både betydelig laparoskopisk erfaring og onkologisk kompetanse, og bør derfor skje på få steder.

Også stråleterapi og kjemoterapi, som er viktige behandlingsmetoder ved gynekologisk kreft, gis nå mer individuelt tilpasset. Rapportene om stråleskader har lært oss betydningen av nøye (CT-basert) doseplanlegging og riktig dosering/fraksjonering. For både adjuvant strålebehandling og adjuvant kjemoterapi mangler det prospektive studier som viser sikker overlevelsesgevinst. Man har utviklet metoder (for eksempel DNA-ploiditetsbestemmelse) som kan skille ut en lavrisikogruppe med henblikk på residiv/spredning og som derfor ikke trenger behandling. Høyrisikogruppen er det vanskeligere å vite hva man skal gjøre med. Det må imidlertid ikke bli slik at behandling skal gis bare fordi prognosen er dårlig. Dokumentert

effekt må være forutsetning for enhver behandling. Spesielt viktig blir dette når leveutsiktene er dårlige – og livskvalitetsaspektet desto viktigere.

Mathias Onsrud

mathias.onsrud@ullevål.no

Erik Qvigstad

erik.qvigstad@ullevål.no

Kvinneklinikken

Ullevål sykehus

0407 Oslo

*Mathias Onsrud (f. 1940) er seksjonsoverlege ved Onkologisk seksjon, Kvinneklinikken, Ullevål sykehus. Han har i mange år arbeidet med gynekologiske kreftsykdommer ved Det Norske Radiumhospital og ved Regionsykehuset i Trondheim, der han også var professor.*

*Erik Qvigstad (f. 1948) er seksjonsoverlege ved Gynekologisk avdeling, Kvinneklinikken, Ullevål sykehus, og professor ved Universitetet i Oslo.*

## Litteratur

1. Tropé C, Scheistrøen M, Makar AP. Fertilitetsbevarende behandling ved gynekologisk kreft. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1234–9.
2. Dargent D, Brun JL, Roy M, Marhevet P, Remy I. La Trachélectomie élargie (T.E.), une alternative à l'hystérectomie radicale dans le traitement des cancers infiltrants développés sur la face externe du col utérin. J Obstet Gynecol 1994; 18: 2285–92.
3. Roy M, Plante M. Pregnancies after radical vaginal trachelectomy for early-stage cervical cancer. Am J Obstet Gynecol 1998; 179: 1491–6.
4. Plante M, Roy M. New approaches in the surgical management of early stage cervical cancer. Curr Opin Obstet Gynecol 2001; 13: 41–6.
5. Salvesen HB. Lymfadenektomiens rolle ved gynekologiske canceroperasjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1240–5.
6. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. Int J Gynecol Obstet 2000; 70: 209–62.