

# Gravide kan også få cancer

Kræft hos gravide udgør en kompleks problemstilling, om end udredning og ofte også behandling er som hos ikkegravide. Man må derfor hilse en status på området af *Woetman Pedersen et al* [1] i dette nummer af Ugeskrift for Læger velkommen. Svangreomsorgen i Danmark varetages i samarbejde mellem almen praksis og specialafdelinger, og begge sektorer bør være vidende om principperne for udredning og behandling.

Malignt melanom og de gynækologiske cancere er de hyppigste kræftformer blandt gravide. Derfor bør egen læge altid henvise gravide med gentagne uforklarelige pletblødninger til udredning med kolposkopi og biopsier, på trods af at inspektion i vagina betragtes som værende besværlig under graviditet [1]. Cervixbiopsier i forbindelse med kolposkopi kan udføres uden risiko for fosteret, og konisation anbefales, hvis cervixcancer ikke kan udelukkes. Da konisation er forbundet med en let øget risiko for abort eller præterm fødsel, udfører man om muligt indgrebet i første trimester. I tilfælde af dysplasi uden mistanke om invasion udskydes konisationen til efter fødslen.

Mistanken om ovariecancer hos gravide opstår oftest i forbindelse med nakkefoldsskanningen i graviditetsuge 12. Disse kvinder skal udredes med samme ultralydkriterier som ikkegravide, og i et dansk arbejde har man påvist, at tumormarkøren cancerantigen 125 kan anvendes efter første trimester frem til fødslen [2]. Eventuel diagnostisk operation for ovarietumor udføres om muligt efter 14. graviditetsuge, da ovariets progesteronproduktion er afgørende for graviditeten i første trimester.

Bortset fra stadium 1A-cervixcancer, som kan behandles med konisation, vil kirurgisk standardbehandling af gynækologisk cancer ikke kunne gennemføres under en graviditet, da den indebærer hysterektomi. Ligeledes vil strålebehandling af cervixcancer være kontraindiceret. I disse situationer er det imidlertid muligt at udføre *staging*-operation med henblik på kortlægning eller udelukkelse af dissemineret sygdom. Det skyldes, at intraabdominal kirurgi kun er forbundet med en let øget risiko for spontan abort og præterm fødsel [3]. En sådan *staging*-procedure vil være afgørende for planlægning af resten af graviditeten og dermed for, hvor længe man kan udsætte behandlingen. Medicinsk behandling inklusive kemoterapi kan ofte gennemføres, idet der vælges præparater, som kun medfører lille risiko for fosteret.

Hyppigheden af cancer under en graviditet har vist stigende tendens som følge af stigende alder blandt danske gravide. Vi forventer imidlertid, at HPV-vaccinationsprogrammet vil reducere antallet af gravide med cervixcancer allerede inden for en overskuelig fremtid. I forbindelse med cervixsceningen ser vi således allerede nu et fald i hyppigheden af prækankroser blandt de yngste kvinder, der jo er HPV-vaccinerede.

Behandlingen af ikke kun de gynækologiske kræftformer, men alle kræftformer under en graviditet er kompleks, hvilket kræver, at udredning og behandling er fagligt solidt forankret. De multidisciplinære team, herunder konferencerne, som er veletablerede i Danmark inden for alle cancerformer, er helt naturlige fora, hvor sådanne komplicerede tilfælde diskuteres, og behandlingsstrategier fastlægges. I en situation med en gravid kræftpatient bør det aktuelle team rutinemæssigt suppleres med deltagelse af en obstetriker og en pædiater.

Cancer under graviditet er et eksempel på et område, hvor patientinvolvering og beslutningsstøtte er afgørende for et optimalt behandlingsresultat, der tilgodeser patientens og familiens sociale, kulturelle og evt. religiøse aspekter [1]. Erfaringer fra familieambulatorierne, hvor man har erfaring inden for multidisciplinær håndtering af sårbare gravide og deres familier, kan med fordel inddrages.

European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) indsamler løbende data fra alle indrapporterede tilfælde af cancer under graviditet. Det kan varmt anbefales, at alle danske tilfælde indrapporteres via ESGO med henblik på at skabe større evidens på området.

## LITTERATUR

1. Pedersen BW, Storgaard L, Clausen MB. Cancer under graviditeten. Ugeskr Læger 2015;177:V12140714.
2. Szececi PB, Andersen MR, Bjørngaard B et al. Cancer antigen 125 after delivery in women with a normal pregnancy: a prospective cohort study. Acta Obstet Gynecol Scand 2014;93:1295-301.
3. Webb KE, Sakhel K, Chauhan SP et al. Adnexal mass during pregnancy: a review. Am J Perinatol 2015;32:1010-6.

## LEDER

Lone Kjeld Petersen & Niels Ulbjerg

Ugeskr Læger  
2016;178:V67479

## WEB-TV

UGESKRIFTET.DK/  
SE OG LYT



## KORRESPONDANCE:

Niels Ulbjerg,  
Afdeling for Kvinde-  
sygdomme og Fødsler,  
Aarhus Universitets-  
hospital. E-mail:  
ulbjerg@clin.au.dk

**INTERESSEKONFLIKTER:**  
ingen. Forfatterens ICMJE-  
formularer er tilgængelige  
sammen med lederen på  
Ugeskriftet.dk