



Handbok för dig som har gynekologisk cancer

Äggstockscancer
Livmoderkroppscancer
Livmoderhalscancer
Cancer i de yttre könsorganen
Sjukdomens inverkan på livet
Sexualitet och parförhållande
Ordlista

Ulla Puistola
Arto Leminen
Leena Rosenberg

Innehåll

Inledning	4
Äggstockscancer	5
Äggstockarnas och äggledarnas uppbyggnad och funktion	5
Tusentals äggstockscancerpatienter	5
Faktorer som utsätter för eller skyddar mot äggstockscancer	7
Symptom vid äggstockscancer	8
Undersökningar vid äggstockscancer	8
Behandling vid äggstockscancer	9
Organisering av vården i Finland	9
Operation	9
Tumörens utbredningsgrad inverkar på vårdresultatet	10
Cytostatikabehandling	11
Uppföljning av patienter med äggstockscancer	13
Förnyad äggstockscancer	13
Livmoderhalscancer	14
Förekomst av livmoderhalscancer	14
Faktorer som utsätter för livmoderhalscancer	14
Förebyggande av livmoderhalscancer	15
Symptom på livmoderhalscancer	15
Undersökningar vid livmoderhalscancer	15
Olika typer av livmoderhalscancer	16
Utspridd livmoderhalscancer	16
Utbredningsstadier	17
Behandling vid livmoderhalscancer	17
Biverkningar av behandlingen	19
Uppföljning vid livmoderhalscancer	19
Livmoderkroppscancer	20
Förekomst av livmoderkroppscancer	20
Faktorer som utsätter för och skyddar mot livmoderkroppscancer	20
Symptom på livmoderkroppscancer	21
Undersökning av livmoderkroppscancer	21
Tumörtyperna vid livmoderkroppscancer	22
Utbredningsstadierna vid livmoderkroppscancer	22
Utbredningsstadier	23
Behandling vid livmoderkroppscancer	23
Uppföljning av patienter med livmoderkroppscancer	24
Livmodersarkom	25
Cancer i de yttre könsorganen	26
Förekomsten av cancer i de yttre könsorganen	26
Faktorer som utsätter för cancer i de yttre könsorganen	26
Symptom på cancer i de yttre könsorganen	26

Undersökningar vid cancer i de yttre könsorganen	27
Olika typer av cancer i de yttre könsorganen	27
Hur cancer i de yttre könsorganen sprider sig	27
Utbredningsstadier	28
Behandling av cancer i de yttre könsorganen	28
Biverkningar av behandlingen	29
Uppföljning av patienter med cancer i de yttre könsorganen	30
Biverkningar av cytostatikabehandling vid gynekologisk cancer	31
Allmän trötthet, orkeslöshet och känsla av utmattning	32
Anemi	32
Infektioner	32
Minskat antal blodplättar	33
Illamående	33
Förändringar i tarmfunktionerna	33
Känslolöshet	34
Håravfall	34
Biverkningar av strålbehandling vid gynekologisk cancer	35
Utvidgning av slidan dvs. dilatation	35
Fertilitet	37
Stormande känslor och vardagen i oordning	38
Sexualitet och gynekologisk cancer	42
Förändrad jagbild	42
Ingen lust	43
Sex	43
Inget parförhållande	44
Parförhållandet och familjen prövas	45
Parförhållandet	45
Familjen	46
Information och stöd	47
Anvisningar för beställning av patientguider	47
Riksomfattande patientnätverk	47
Cancerrådgivning (Cancerorganisationerna)	48
Regionala cancerföreningar	48
Texter	Ulla Puistola, professor, avdelningsöverläkare, Uleåborgs universitetssjukhus (OYS) Kvinnokliniken
	Arto Leminen, docent, avdelningsöverläkare, HUCS Kvinnokliniken
	Leena Rosenberg, sjukskötare, sexolog, Cancerpatienterna i Finland rf
	Kirsti Niemi, sjukskötare, Tuija Honkavaara, sjukskötare, HUCS Kvinnokliniken
Redaktion	Leena Rosenberg
Svensk översättning	Riitta Salminen
Illustrationer	Bosse Österberg
Utgivare	Cancerpatienterna i Finland rf, 2015

Inledning

En allvarlig sjukdom får oftast den invanda och trygga vardagen att stanna upp mycket plötsligt. Patienten känner oro och osäkerhet inför framtiden, både för sin egen och för sina närmastes del. Under en lång tid framåt bestäms livet av undersökningar, behandlingar och förändringar i hur man känner sig. Man står inför många fler frågor än svar.

Cancerbehandlingen i Finland är av hög standard och den uppnår bra resultat. Allt fler patienter tillfrisknar, och man kan behandla och kontrollera sjukdomen. Förutom god cancerbehandling behöver patienten också information om sjukdomen och stöd för att klara sig i vardagen samt stöd av andra i samma situation. När det gäller gynekologisk cancer berörs också kvinnligheten och hur cancersjukdomen och behandlingarna som ges för den inverkar på patienten som kvinna.

Syftet med den här handboken är att ge information om gynekologisk cancer och hur de olika cancerformerna behandlas och hur de inverkar på patientens och de närmaste personernas liv. Handboken tar också upp de känslor som sjukdomen väcker och hur viktigt det är att möta sina känslor, eftersom man står inför en alldeles underlig och ny tid i sitt liv.

I slutet av handboken finns uppgifter och kontaktinformation om det riksomfattande patientnätverket för gynekologisk cancer (Gynekologiset syövät), om rådgivningstjänster som finns tillgängliga per telefon och elektroniskt och om de regionala cancerföreningarnas rådgivningstjänster.

Sist finns en lista över främmande ord och uttryck som gäller gynekologisk cancer för att underlätta förståelsen.

Äggstockscancer

Äggstockarnas och äggledarnas uppbyggnad och funktion

De kvinnliga könsorganen omfattar äggstockarna, äggledarna, livmodern, slidan och de yttre könsorganen. Äggstocken är en oval, 2,5–5 cm lång och omkring en centimeter tjock körtel som är fäst i bäckenets sidovägg och livmodern med ligament. Kvinnan har två äggstockar. En köns mogen kvinnas äggstockar väger mellan fem och åtta gram var. Äggstockarna producerar kvinnliga könshormoner, östrogen och gulkroppshormon. Från äggstockarna frigörs en äggcell varje månad i mitten av menstruationscykeln (ovulation) under kvinnans hela fertila ålder, dvs. från puberteten nästan till klimakterieåldern.

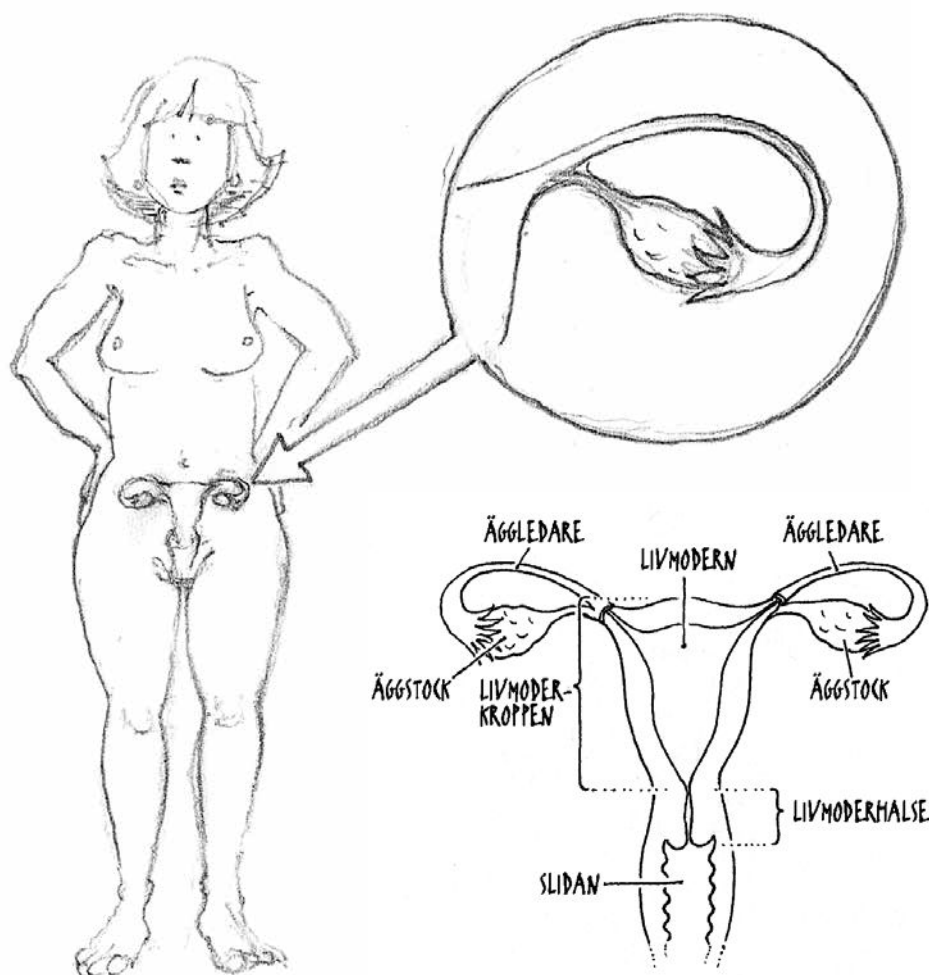
Tusentals äggstockscancerpatienter

Äggstockscancer är en gynekologisk cancer. Andra gynekologiska cancersjukdomar är cancer med ursprung i bukhinnan, livmoderkropp-, livmoderhals-, äggledar-, vulva- och vaginalcancer samt cancer i moderkakan. Av alla cancersjukdomar som drabbar kvinnor är äggstockscancer 10:e vanligast. Av gynekologiska cancersjukdomar är den näst vanligast. Det finns ingen effektiv screeningsmetod mot äggstockscancer som kunde leda till tidig diagnos. Dessutom är sjukdomen symptomfri i början och också när den är lägre framskriden. Därför har äggstockscancern i de flesta fall framskridit långt innan patienten får diagnos.

I Finland finns drygt 4 000 äggstockscancerpatienter som får behandling eller som är under uppföljning. Årligen konstateras ca 450–470 nya sjukdomsfall, när man också räknar med sjukdomens mera sällsynta former (Cancerregistret 2012 statistik).

Vårdresultaten för en äggstockscancer i det begynnande skedet är goda. Också vid framskriden äggstockscancer har vårdresultaten förbättrats sedan 1980-talet. I internationell jämförelse är

vårdresultaten vid äggstockscancer av toppklass i Finland. Även om patienten inte skulle tillfriskna helt kan man med hjälp av behandlingarna ge henne flera symptomfria, sjukdomsfria år med god livskvalitet.



Faktorer som utsätter för eller skyddar mot äggstockscancer

Förekomsten av äggstockscancer ökar med åldern och den är i topp i åldern mellan 60 och 70 år. Vid högre ålder är prevalensen lägre. Av alla insjuknade är endast tre procent under 30 år. Och av alla insjuknade är också andelen som är under 40 år endast sju procent.

På uppkomsten av äggstockscancer inverkar hormonella faktorer. Sjukdomsriskerna ökar också av barnlöshet, endometrios och hormonbehandling i klimakteriet samt olika funktionsstörningar i äggstockarna. Läkemedel som används vid fertilitetsbehandling har inte konstaterats orsaka äggstockscancer.

Omkring tio procent av alla äggstockscancerfall är ärftliga. I vissa släkter kan det förekomma genförändringar som disponerar för äggstocks- eller bröstcancer eller båda två (BRCA1/2).

Skydd mot äggstockscancer ger samma faktorer som minskar ovulationen, dvs. graviditet och amning. Kombinationspiller förhindrar också ovulationen och har därför konstaterats ha en skyddande effekt mot äggstockscancer. Sterilisering och det att man opererar bort livmodern minskar också risken att insjukna.

Det att man insjuknar i äggstockscancer kan vara förbundet med skuld känslor. Varför blev jag sjuk? Har jag gjort något fel? Det är onödigt, eftersom uppkomsten av äggstockscancer till exempel varken beror på ett tidigare aktivt sexliv eller på att sexlivet nu är mindre aktivt.

Symptom vid äggstockscancer

I det tidiga sjukdomsstadiet är äggstockscancer relativt symptomfri. En äggstockscancer i tidigt stadium konstateras vanligen av en ren tillfällighet i samband med gynekologisk undersökning.

Äggstockscancern växer i bukhålan utan att man märker det och utan att orsaka smärtor. Symptom uppkommer först när tumören blivit stor eller när den har spritt sig till andra vävnader eller organ. I början är symptomen mycket otydliga: **trötthet, tyngdkänsla i nedre buken, urineringsvärigheter, problem med tarmfunktionen, magbesvär eller aptitlöshet.**

Vätska som samlas i bukhålan – så kallad ascites – orsakar svullnad i magen. Kvinnan märker att **magen blir större** fastän **vikten minskar**. Smärta är ofta ett sent symptom på äggstockscancer. Smärtan kan bero på blödningar i tumören eller av att tumören brister. Det är ofta svårt att koppla ihop smärtan med gynekologiska problem, eftersom den kan förekomma i andra organ dit cancer har spritt sig.

Undersökningar vid äggstockscancer

Grundläggande för att upptäcka äggstockscancer är en **gynekologisk undersökning**. Andra undersökningar är **ultraljudsundersökning, datortomografi, magnetröntgen och tithålsoperation av bukhålan (laparoskopi)**.

Tumörmarkörer som undersöks med hjälp av blodprov är av betydelse för diagnostik, bedömning av vårdresultat och uppföljning. Blodets CA 125 har visat sig vara den viktigaste markören vid äggstockscancer. Hos 80 procent av alla patienter med äggstockscancer är markörhalten förhöjd. Men CA 125-värdet kan höjas också av andra sjukdomar än äggstockscancer. Tumörmarkören kan stiga också på grund av irritationer i bukhinnan, såsom infektioner, endometrios, graviditet eller kirurgiska ingrepp.

Vårdbeslutet tas oftast på basis av den kliniska undersökningen, men en säker cancerdiagnos får man dock först med hjälp av en mikroskopisk vävnadsundersökning.

Behandling vid äggstockscancer

Organisering av vården i Finland

I Finland följer man en mycket enhetlig vårdpraxis vid gynekologisk cancer. Behandlingen av de mera sällsynta cancerformerna koncentreras till universitetssjukhusen, som i och med att de är större enheter har bättre erfarenhet av behandlingen än de lokala mindre enheterna. För behandling av äggstockscancer finns nationella vårdrekommendationer och man strävar efter att patienterna behandlas enligt rekommendationen oberoende av på vilken ort patienten bor.

För behandlingen av gynekologisk cancer svarar i Finland gynekologer som är specialiserade på gynekologiska cancersjukdomar. De är i huvudsak verksamma på universitetscentralsjukhusen och ansvarar för patienternas operationer, cytostatika- och övriga läkemedelsbehandlingar samt för planeringen av vården som helhet. Cytostatikabehandlingen kan ges på det centralsjukhus som ligger närmast patientens hemort. Uppföljningen efter behandlingarna kan också genomföras på centralsjukhusens gynekologiska polikliniker.

Operation

Grundläggande för behandlingen vid äggstockscancer är operationen. Den görs som normal öppen operation. Om canceren är i ett tidigt stadium är också en titthålsoperation, dvs. laparoskopisk operation, möjlig.

Man opererar bort livmodern, äggledarna, äggstockarna, bukhinnenätet, blindtarmen och lymfkörtlarna både i bäckenet och bredvid aorta. För att få bort tumören helt och hållet måste man ibland operera bort också en del av tunn- eller tjocktarmen eller göra en stomi. För att kunna fastställa om tumören eventuellt spritt sig tar man dessutom rikligt cell- och vävnadsprover.

Vid lokal äggstockscancer kan en operation räcka som enda behandling. Unga kvinnor vars äggstockscancer är begränsad till bara den ena äggstocken kan genomgå en så kallad **sparande operation**, där man lämnar kvar livmodern och den andra äggstocken.

Om cancer har spritt sig strävar man med operationen att få bort så mycket som möjligt av tumörvävnaden. Ju större del av tumören man får bort, desto bättre vårdresultat ger cytostatikabehandlingen som ges efter operationen. Om tumören har spritt sig mycket kan cytostatikabehandlingen ges först. Syftet är då att med några cytostatikabehandlingsgångar få tumören att minska i storlek så att en operation är möjlig.

Tumörens utbredningsgrad inverkar på vårdresultatet

Beroende på hur mycket äggstockscancern har hunnit sprida sig delas den in i fyra stadier:

- I Tumören är begränsad till den ena eller båda äggstockarna.
- II Tumören finns i den ena eller båda äggstockarna eller i bäckenet.
- III Tumören finns i den ena eller båda äggstockarna, bukhinnan utanför bäckenet, de lokala lymfkörtlarna eller som cancerhärddar på ytan av levern.
- IV Tumören finns i den ena eller båda äggstockarna. Dessutom finns metastaser utanför bukhålan, tumörceller i vätskan inne i lungsäcken eller djupt inne i levervävnaden.

Inom de olika stadierna finns mera detaljerade indelningar beroende på om **ascites** (vätska som bildas i bukhålan) kan konstateras eller inte. Förutom **utbredningsgraden** inverkar också **cancercellernas differentieringsgrad** på vårdresultatet. Ju mera cellen är differentierad, dvs. ju mera dess uppbyggnad liknar en normal celluppbyggnad, desto långsammare brukar den växa och skicka metastaser.

Cytostatikabehandling

Vid äggstockscancer ges vanligen cytostatikabehandling som tillägg till operationen. Enbart operation räcker endast i sådana fall där man på ett tillförlitligt sätt har kunnat konstatera att tumören är begränsad till den ena äggstocken och att celltypen är mycket differentierad.

Cytostatika är en grupp av olika läkemedel. De påverkar celledningen och förökningen på olika sätt. Tack vare cytostatikan kan cancercellerna inte föröka sig, utan de förstörs. Cytostatika påverkar också friska celler som delar sig snabbt, men de friska cellerna är mera motståndskraftiga än cancercellerna och återhämtar sig från läkemedlets verkan.

Behandlingen ges som intravenös injektion, "dropp". Vanligen används en kombination av två läkemedel. Basläkemedlet är en kombination av **karboplatin** och **paklitaxel**. Läkemedelsinfusionen ges minst sex behandlingsgångar med tre veckors mellanrum. Om bedömningen av behandlingens effekt efter den sjätte behandlingen så förutsätter kan det hända att ytterligare behandlingar måste ges.

Under behandlingens gång kan överkänslighetsreaktioner mot basläkemedlen uppstå eller tumörcellerna bli motståndskraftiga mot dem. Vid **överkänslighetsreaktioner** kan båda läkemedlen ersättas med andra, lika effektiva cytostatika, såsom **cisplatin** och **docetaxel**.

Om sjukdomen framskrider under pågående behandling eller mycket snart efter avslutad behandling är det ett tecken på att **tumören har utvecklat motståndskraft mot de cytostatika som använts**. Då kan man bromsa upp sjukdomsförloppet med andra cytostatika. Vid äggstockscancer är de bl.a. **gemcitabin**, **pegylet liposomalt doxorubicin** och **topotecan**.

Den nyaste behandlingsformen vid äggstockscancer är anti-kroppar, **bevasitumab**, som förhindrar att blodkärl bildas i tumören. Läkemedlet har i preliminära undersökningar visat sig vara av nytta för patienter som har stor risk för canceråterfall.

Man kan använda bevasitzumab antingen ensam eller i kombination med cytostatika. Det finns vissa kontraindikationer för användning av läkemedlet, och därför bedöms möjligheten att använda det enskilt för varje patient.

Snart finns också selektiva läkemedel för ärftlig äggstockscancer (PARP-hämmare). Detta läkemedel är tills vidare endast registrerat för användning av patienter som har diagnostiserats med ärftlig genmutation (BRCA 1/2).

För att cytostatikabehandling ska kunna ges krävs tillräckliga mängder av vita blodkroppar, blodplättar och röda blodkroppar. Dessutom ska njur- och leverfunktionen vara på relativt normal nivå. Cytostatikabehandling kan inte ges om patienten har någon infektion.

För att de planerade behandlingarna ska kunna genomföras så bra som möjligt är det viktigt att du sköter din allmänkondition, får mångsidig kost, undviker att utsätta dig för infektionsrisk och att du sköter förebyggande tandvård för att undvika infektioner.



Uppföljning av patienter med äggstockscancer

När behandlingarna är avslutade börjar uppföljningen. Den varar omkring tre år oberoende av sjukdomens utbredningsgrad. Syftet med kontrollbesöken är att lägga märke till eventuella återfall, men också att kontrollera hur patienten har lyckats återgå till sitt normala liv efter behandlingarna.

Vid kontrollbesöken görs en gynekologisk undersökning, en ultraljudsundersökning via slidan och vid behov andra undersökningar på basis av symptom eller kliniska fynd (ultraljuds- eller datorundersökning av buken, lungröntgen osv.). Kontroll av allmänkonditionen hör också alltid till.

Man gör inga rutinemässiga blodprov under uppföljningen, men om tumören har varit förbunden med förhöjda värden av någon signalsubstans är det skäl att följa upp dessa om man misstänker sjukdomsåterfall. Om man misstänker att tumören har förnyats kan diagnosen specificeras med olika avbildningsmetoder.

Det hur tätt kontrollbesöken görs beror på sjukdomsläget när diagnosen ställdes och efter avslutade behandlingar. **I allmänhet går man på kontroller med 3–4 månaders mellanrum det första och andra året och senare med 6 månaders mellanrum.** Om patienten inte har fått återfall inom fem år flyttas kontrollbesöken till hälsocentralen på hemorten eller till krets- och centralsjukhusets poliklinik.

Förnyad äggstockscancer

Så gott som alla elakartade tumörer är förbundna med risk för återfall av sjukdomen. Vid äggstockscancer är risken särskilt stor. Under de två första åren av uppföljningen förnyas sjukdomen hos tre av fyra patienter. Därför är det bra att i någon mån mentalt förbereda sig på detta redan när behandlingarna är slut och kontrollbesöken inleds. Det är bra att tala med den behandlande läkaren om risken för återfall.

Det vanligaste är att nya tumörer hittas i bukhålan eller i lymfknutorna. En förnyad äggstockscancer behandlas i regel med cytostatika. I vissa fall kan det vara bra att den förnyade tumören opereras bort.

Livmoderhalscancer

Förekomst av livmoderhalscancer

I världen insjuknar årligen cirka 500 000 kvinnor i livmoderhalscancer och av dem dör ca 250 000. I dag förekommer ca 80 procent av alla livmoderhalscancerfall i u-länderna. I Finland diagnostiseras årligen cirka 150 nya fall av livmoderhalscancer, och i sjukdomen avlider 50 kvinnor om året. I behandling och uppföljning var 2 700 patienter som haft livmoderhalscancer 1.1.2015 (Finlands cancerregister 2012). Insjuknandet i livmoderhalscancer är relativt sett vanligast i åldersgruppen 35–45 år.

Faktorer som utsätter för livmoderhalscancer

Den viktigaste faktorn som utsätter kvinnor för livmoderhalscancer har visat sig vara **HPV-viruset** (Human Papiloma Virus). Det finns över 100 olika typer av HPV, och man vet att något under tjugo av dem orsakar hög risk för cancer.

Det är bra att komma ihåg att de flesta kvinnor får en HPV-infektion i något skede av sitt liv, men att bara 10 procent av infektionerna blir permanenta och orsakar cellförändringar. De vanligaste virus-typerna som i Finland förbinds med cancer är typerna 16 och 18.

En annan viktig faktor som utsätter för livmoderhalscancer är **tobak**. Tobakens aromatiska kolväten har konstaterats ansamlas i sekretet i livmoderhalsen och utsätta den för cellförändringar, som i första hand utvecklas till förstadium av cancer och senare till cancer. Dessutom förekommer mera HPV-infektioner som inte läks hos kvinnor som röker mycket, vilket oftare leder till cellförändringar och egentlig cancer.

Förebyggande av livmoderhalscancer

Livmoderhalscancer utvecklas från symptomfria förstadier av cancer, som man kan konstatera med ett **cellprov** som tas från livmodertappen (papa). Papa-screening rekommenderas fortfarande med fem års mellanrum för åldersgrupperna 30–60 år.

I Finland inleddes cellprovscreening av kvinnor i åldern 30–60 år på 1960-talet. På så sätt kunde man behandla förändringar i förstadiet redan innan de utvecklades till egentlig cancer, och förekomsten av cancer sjönk därmed med hela 80 procent.

Nu finns vid sidan om screeningprogrammen ett vaccin mot HPV-virustyperna 16 och 18 som förhindrar förändringar i förstadiet. Vaccinet väntas i framtiden minska förekomsten av livmoderhalscancer ytterligare med upp till 65–70 procent. I det finska nationella vaccineringsprogrammet inleddes HPV-vaccinering av flickor i åldern 11–12 år hösten 2013.

Inom de närmaste åren går man också i screeningen över till **HPV-test**, eftersom de är exaktare.

Symptom på livmoderhalscancer

De vanligaste symptomen på livmoderhalscancer är **ovanliga gynekologiska flytningar eller blödningar mellan menstruationen**. Blödning kan i början förekomma vid ansträngning eller efter samlag. Senare kan den pågå längre tider och vara kombinerad med en infektion som orsakar illaluktande flytningar, temperaturstegring och andra symptom på allmän infektion. Smärtor i nedre buken eller nedre ryggen, trötthet, orkeslöshet, anemi och viktminskning är symptom på en redan framskriden sjukdom.

Undersökningar vid livmoderhalscancer

Misstanke om livmoderhalscancer kan uppkomma i samband med gynekologisk undersökning. Avvikande förändringar i livmodertappen, antingen i form av en tumör som växer utåt eller angriper vävnaderna, kan då konstateras.

I cellprov konstateras avvikande celler och diagnosen bekräftas oftast i fortsatta undersökningar såsom vävnadsprov tagna i en mikroskopisk undersökning av livmodertappen (**kolposkopi**). Genom datortomografi och magnetröntgen av bäckenet kan cancers utbredningsgrad fastställas och undersökningarna ger också annan värdefull information för planering av behandlingen. Ibland är det nödvändigt att göra en skopiundersökning av urinblåsan och tarmen för att reda ut om tumören har spritt sig till dessa organ.

Livmoderhalscancer orsakar vanligen inga förändringar som ses i blodprov, men i vissa fall kan tumörer som har sitt ursprung i skivepitelet höjer tumörsignalämnet SCC (Squamous Cell Cancer).

Olika typer av livmoderhalscancer

Den vanligaste typen av livmoderhalscancer är **skivepitelkarcinom** (70–80 procent), som har sitt ursprung i cellerna i livmodertappen. Andelen **adenokarcinom** (40 procent) har under de senaste åren ökat i Finland, och den utgår ifrån körtelceller i livmoderhalskanalen.

Vårdlinjen är lika i båda tumörtyperna, trots att adenokarcinom reagerar något sämre på både strål- och cytostatikabehandling.

Prognosen beror på hur utbredd sjukdomen är när den diagnostiseras. Överlevnadsprognosen efter fem år är i Finland i genomsnitt 80–90 procent för patienter som haft sjukdomen i ett tidigt stadium och 40–60 procent för framskriden cancer.

Utspridd livmoderhalscancer

Livmoderhalscancer sprids i första hand längs vävnaderna som ligger intill livmoderhalsen, slidan, bäckenbottenvävnaderna vid sidan av livmodern och senare till urinblåsan och ändtarmen. Den kan skicka metastaser både via lymfvägarna till lymfknutorna i bäckenet och bredvid aorta och via blodkärlen till lungorna och skelettet.

Utbredningsstadier

- I Tumören är begränsad till livmoderhalsen.
- II Tumören växer in i slidan eller i bäckenbottenvävnaden bredvid livmodern.
- III Tumören växer i vävnaden intill bäckenbotten fram till bäckenväggen.
- IV Tumören har växt över till tarmarna eller urinblåsan eller skickat metastaser till andra organ.

Behandling vid livmoderhalscancer

På samma sätt som behandlingen av andra former av gynekologisk cancer är också behandlingen av livmoderhalscancer i Finland koncentrerad till universitetscentralsjukhusen. Cancers utbredningsgrad inverkar på valet av behandling och på prognosen.

Vid cancer i ett tidigt stadium (stadium I) är operation det primära alternativet. Om sjukdomen är mycket begränsad och endast några millimeter i omfång, och om patienten vill ha kvar möjligheten att få barn, kan **livmodersparande operationsmetoder** övervägas; vid små förändringar räcker det med att en konformad ca 2–3 cm stor del av livmoderns nedre del opereras bort (**konisering**).

I mikroskopundersökning av vävnadsprovet säkerställer man därefter att operationen var tillräcklig.

Vid en något mera utbredd sjukdom som dock begränsar sig till livmoderhalsen kan man i en sparande operation ta bort hela livmoderhalsen och närliggande vävnad (**trakelektomi**) och dessutom lymfkörtlarna i bäckenet. Den här åtgärden är fertilitetsbevarande, eftersom livmodern blir kvar, men den är förknippad med relativt hög risk (30 procent) för missfall och förtida förlösning.

Om en graviditet inte längre är aktuell rekommenderas vid mindre förändringar att livmodern opereras bort. Vid mera utbredda sjukdomsfall som dock är begränsade till livmoderhalsen görs operationen som en **radial hysterektomi**, vilket betyder att både livmodern och vävnaderna intill livmoderhalsen samt lymfkörtlarna i bäckenet och vid behov också de bredvid aorta opereras bort.

Vid sjukdom som spritt sig utanför livmoderhalsen (stadium II) väljs **strålbehandling** som behandlingsform. Strålbehandlingen ges som extern behandling över hela höftområdet och effekten ökas ytterligare genom en liten dos cytostatika varje vecka (**kemo-strålbehandling**). Antalet behandlingsgångar är minst 25 och antalet kan vid behov ökas med effektiverad behandling på tumörens område. Efter den externa strålbehandlingen bedömer man med hjälp av nya avbildningsundersökningar om behandlingen har varit tillräcklig, och vid behov kan strålbehandling ytterligare **ges lokalt** för att förstöra eventuella rester av tumören.

Vid avancerad sjukdom (stadierna III–IV) och vid canceråterfall används både strål- och cytostatikabehandling enligt en individuell behandlingsplan. Vanligen ger man först strålbehandling över höftområdet och fortsätter sedan med cytostatikabehandling, i allmänhet med platinabaserade cytostatika. Behandlingen kan kombineras med andra cytostatika, såsom paklitaxel, gemsitabin, topotecan eller vinorelbin.

I undersökningar som gjorts nyligen har man kunnat påvisa att cytostatikabehandlingens effekt i någon mån förbättras av att antikroppar mot blodådrornas tillväxtfaktor (bevacizumab) läggs till i behandlingen. Bevacizumab lämpar sig dock inte för alla patienter med livmoderhalscancer, och därför tas beslut om användning individuellt enligt varje patients situation.

Biverkningar av behandlingen

En koniseringsoperation av livmoderhalsen ger knappast några biverkningar efteråt. Efter en mera omfattande operation av livmoderhalsen, dvs. trakelektomi, finns risk för missfall i början och i mitten av graviditeten och också risk för förtida förlossning. För att minska risken för förtida förlossning kan man lägga in stödstygn i den del av livmoderhalsen som finns kvar efter operationen. Stödstygnen får sitta i under hela graviditeten. Förlossningen sker med kejsarsnitt.

Uppföljning vid livmoderhalscancer

Uppföljningen av patienter med livmoderhalscancer beror på hur utspridd sjukdomen har varit och hurdan behandling patienten har fått. Kontroller för patienter med en sjukdom i begynnelsestadiet som fått operationsbehandling ordnas med 3–4 månaders mellanrum under det första uppföljningsåret, halvårsvis under det andra och därefter årligen på hälsovårdscentralen i 3–5 år.

Förutom gynekologisk undersökning rekommenderas papaprov. Rutinmässiga avbildningsundersökningar har inte konstaterats vara till nytta, och därför görs sådana endast om det är motiverat av symptom. Vid avancerade sjukdomsfall kan man till exempel med hjälp av magnetundersökning av höften kontrollera de tumörers status som behandlats med kemo-strålbehandling. Tid och plats för uppföljningen kommer den behandlande enheten överens separat med varje patient.

Livmoderkroppscancer

Förekomst av livmoderkroppscancer

Livmoderkroppscancer är den vanligaste formen av gynekologisk cancer i alla utvecklade länder. Med livmoderkroppscancer avses i allmänhet **cancer i slemhinnorna inne i livmodern**.

I Finland insjuknar cirka 800 kvinnor i livmoderkroppscancer årligen. Sjukdomen konstateras ofta i ett tidigt skede, och prognosen är därför mycket god. I Finland fanns 11 500 kvinnor 1.1.2013 som haft livmoderhalscancer, antingen i pågående behandling eller i uppföljning (Finlands cancerregister 2012). Vanligen är de insjuknade i åldern 60–75 år.

Faktorer som utsätter för och skyddar mot livmoderkroppscancer

Den mest betydande faktorn som utsätter för cancer i livmoderslemhinnorna är hormonet **östro**gen. Det bildas överloppsöstrogen i kroppen av fettvävnad, och östrogenmängden ökar ytterligare av störningar i ämnesomsättningen, såsom diabetes och störningar i leverfunktionen. Därför är de flesta patienter klart **ö**verviktiga och har diabetes och blodtryckssjukdom.

Tidig första menstruation, sen menopaus och barnlöshet ökar den livstida mängden östrogen i kroppen. Det gör också hormonbehandling mot klimakteriebesvär, särskilt om den genomförs enbart med östrogen utan gulkroppshormon, men också övriga hormonsättningsbehandlingar. Hög ålder är i sig en riskfaktor.

Hormonbehandling med tamoxifen hos bröstcancerpatienter ökar risken att insjukna i livmoderkroppscancer. Personer med policystiskt ovarialsyndrom har förhöjd risk att senare få cancer i livmoderslemhinnorna.

Omkring fem procent av alla fall av cancer i livmoderslemhinnorna är ärftligt betingade. Patienterna har då en sådan gene-

tisk störning i cellens DNA-reparationsmekanisk som leder till att risken för att insjukna i livmoderkroppscancer och tarmcancer är upp till 60 procent och att risken för att insjunka i äggstockscancer (**Lynchs syndrom**) är 10–20 procent.

Skyddande faktorer är viktkontroll, fysisk motion och användning av p-piller. Femårig användning av p-piller har en skyddande verkan på upp till 60 procent. Flera förlossningar och långvarigt ammande ser också ut att skydda mot cancer i livmoderslemhinnorna.

Symptom på livmoderkroppscancer

Det vanligaste symptomet på cancer i livmoderslemhinnorna, som nästa 90 procent av patienterna har, är **oregelbundna blödningar**. Efter menopausen kan de förekomma som plötsliga blodblandade flytningar eller före menopausen som rikliga och tätare, därmed oregelbunden, menstruation. Blödningar förekommer som symptom redan i ett tidigt sjukdomsstadium, vilket ofta underlättar tidig diagnostisering av livmoderkroppscancer. Hos äldre patienter kan livmoderhalskanalen med åldern ha blivit så trång att blödningen från tumören på slemhinnan inte kommer ut ur livmodern. Då uppstår en varig infektion i livmodern. Tecken på att sjukdomen har spritt sig utanför livmodern är i allmänhet att livmodern ökar i storlek, symptom i urinblåsan eller tarmen och smärtor i nedre delen av magen.

Undersökning av livmoderkroppscancer

Den viktigaste undersökningen för diagnostisering av livmoderkroppscancer är **provtagning från livmoderslemhinnorna** (endometrium). Provet tas i samband med en gynekologisk undersökning. Cellprov från livmodertappen (papa) avslöjar endast sällan livmoderkroppscancer, så det räcker inte med ett sådant prov för att utreda orsaken till blodblandade flytningar.

Med en ultraljudsundersökning som görs via slidan kan man bedöma livmoderslemhinnans tjocklek och konsistens, men som sådan räcker undersökningen inte för att ställa en cancerdiagnos. Ibland räcker det inte heller med ett sugprov från livmodern, utan diagnosen bekräftas med skrapning.

För att fastställa sjukdomens lokala utbredningsgrad och stadium i livmodern görs en ultraljudsundersökning via slidan och vid behov en magnetundersökning. För att utreda om sjukdomen har spritt sig på annat vis räcker det oftast med ultraljudsundersökning av magtrakten och lungröntgen. Ibland behövs också en datortomografiundersökning av hela kroppen.

Tumörtyperna vid livmoderkroppscancer

Vid livmoderkroppscancer särskiljer man två tumörtyper – **typ I** och **typ II**.

80 procent av tumörerna är av typ I. De är körtelliknade s.k. endometroida tumörer och förekommer i huvudsak hos kvinnor kring 60 år. Prognosen för patienter med sådana tumörer är mycket god. Tumörer av typ II är däremot aggressivare, de sprider sig snabbt och återkommer lätt. Patienterna är närmare 80 år och sjukdomsprognosen är klart sämre än vid cancer av typ I.

Utbredningsstadierna vid livmoderkroppscancer

Största delen av cancerfallen är begränsade till livmoderslemhinnorna när sjukdomen diagnostiseras. Cancern kan dock sprida sig till organ utanför livmodern, såsom till tjocktarmen och urinblåsan. Tumören kan skicka metastaser via lymfvägarna till lymfknutorna i bäckenet och bredvid aorta och via blodet till lungorna och levern. Sannolikheten för att sjukdomen sprider sig är desto större, ju snabbare cancercellerna delar sig, och den är störst vid tumörer av typ II.

Utbredningsstadier

- I Tumören är begränsad till livmoderkroppen.
- II Tumören har vuxit ner i livmoderhalsen.
- III Tumören har spritt sig till lymfkörtlarna eller utanför livmodern.
- IV Tumören har spritt sig till tarmarna eller urinblåsan eller skickat metastaser till andra organ.

Behandling vid livmoderkroppscancer

Cancer i livmoderslemhinnorna **opereras** alltid när det är möjligt. Då opererar man bort livmodern och dess biorgan (äggstockarna och äggledarna). Operationen görs enligt den behandlande läkarens bedömning antingen som en titthåloperation eller en traditionell operation.

Före och under operationen bedömer man hur omfattande tumören är och hur djupt den har gått in i livmoderväggen. Om cancer växer djupt inne i livmoderns muskelskikt opererar man bort också lymfkörtlarna i bäckenet och vid behov körtlarna bredvid aorta. Vid cancer i stadium II opereras lymfkörtlarna alltid bort.

I mikroskopundersökningar av prover som tas under operationen bedömer man behovet av tilläggsbehandling. Den vanligaste tilläggsbehandlingen är lokal strålbehandling i slidan. I vissa fall är det nödvändigt att också ge yttre strålbehandling av bäckenområdet.

I situationer där tumören har skickat metastaser rekommenderas ibland också cytostatikabehandling i kombination med strålbehandlingen. Strålbehandlingen minskar risken för återfall lokalt, men den har ingen betydelse för den totala sjukdomsprognosen.

I framskridna cancerfall kan sjukdomsförloppet bromsas upp med cytostatika och hormonell behandling. I cytostatikabehandlingen används då vanligen en kombination av paklitaxel och karboplatin eller en kombination av doxorubicin och karboplatin.

Den hormonella behandlingen motverkar östrogenets verkan i kroppen, antingen med progesteron eller med andra hormoner som har samma verkan (aromatasinhibitorer, GnRH-analoger). Prognosen för tumörer i ett tidigt stadium (stadierna I-II) är över 80 procent, medan den för framskriden cancer (II-IV) och vid tumörer av typ II är 20-40 procent.



Uppföljning av patienter med livmoderkroppscancer

Risken för återfall i livmoderkroppscancer i ett tidigt stadium (typ I) är endast 2-3 procent. Det vanligaste stället där canceren förnyas är slidans botten. Förnyade tumörer kommer vanligtvis inom de två första åren efter behandlingen. Uppföljningskontroller görs med fyra månaders mellanrum det första året, halvårsvis det andra och därefter årligen i 3-5 år. Kontrollen består av gynekologisk undersökning och vid behov cellprov (papa) som tas från slemhinnorna i slidan. Rutinmässiga avbildningsundersökningar är inte till nytta, sådana görs endast om patientens symptom så kräver.

Livmoderssarkom

Livmoderssarkom är en alldeles särskild typ av tumörer i livmodern. Deras andel av alla livmodercancerfall är endast cirka fyra procent. Sarkom är, till skillnad från slemhinnetumörer i körtelvävnaden, ofta en aggressiv typ av cancer.

Några klara orsaker till eller riskfaktorer för uppkomsten av sarkom är inte kända. En sällsynt riskfaktor är tamoxifen som används av bröstcancerpatienter.

Sarkomet kan förekomma på livmodersslemhinnan (endometrial stromal sarkoma) och då orsaka blodblandade flytningar på samma sätt som vanlig cancer i livmodersslemhinnan. Den kan också förekomma inne i muskelvävnaden (leiomyosarkom) utan att ge några symptom alls. Då kan den heller inte diagnostiseras genom prover som tas från livmoderhålan. Avbildningsundersökningar är inte heller alltid till hjälp i diagnostiken. Ofta är det så att sarkom i livmodern konstateras först efter att livmodern har opererats bort på grund av andra symptom.

Livmoderssarkom behandlas alltid med en **operation** där man tar bort livmodern, äggstockarna och äggledarna. Tilläggsbehandling ges enligt sjukdomens utbredning. En del sarkom reagerar på strålbehandling, andra på olika typer av cytostatikabehandling och vissa på hormonbehandling.

Risken för återfall är stor vid livmoderssarkom, men om tumören reagerar på hormon- eller cytostatikabehandling kan patienten också i behandlingen av en förnyad cancer få flera år genom att sjukdomen kan bromsas upp.

Cancer i de yttre könsorganen

Förekomsten av cancer i de yttre könsorganen

Cancer i de yttre könsorganen är betydligt mera sällsynt än övriga gynekologiska cancerformer. Dess andel av alla gynekologiska cancersjukdomar är bara 4-5 procent. I Finland insjuknar under 100 kvinnor i cancer i de yttre könsorganen årligen. I allmänhet är det fråga om äldre kvinnor i åldern kring 80 år, men i dag påträffas cancer i de yttre könsorganen även hos yngre kvinnor.

Faktorer som utsätter för cancer i de yttre könsorganen

Någon klar orsak till cancer i de yttre könsorganen är inte känd. Man vet dock att kroniska sjukdomar i de yttre könsorganen hos äldre patienter, framför allt **Lichen sclerosus**, efter flera år kan utsätta för uppkomst av cancer.



Hos yngre kvinnor är **HPV**-infektioner en vanlig faktor i samband med cancer. Bedömningen är att omkring hälften av alla fall av cancer i de yttre könsorganen har ett samband med HPV. I dessa fall påträffas ofta förändringar i förstadiet (VIN). Genom att följa upp och behandla dem kan man påverka uppkomsten av egentlig cancer.

Symptom på cancer i de yttre könsorganen

Långvarig **klåda och sveda**, **kroniska sårbildningar** eller en utåtväxande, ofta blödande tumör kan vara tecken på cancer i de yttre könsorganen. Ofta behandlar patienterna sina besvär med olika salvor, vilket fördröjer vården. Smärtor, urineringssvårigheter och symptom i ändtarmen är redan tecken på att sjukdomen har spritt sig till omkringliggande organ.

Undersökningar vid cancer i de yttre könsorganen

Cancer i de yttre könsorganen yttrar sig oftast antingen som en tumörartad förändring eller som en sårbildning som krymper omkringliggande vävnader och har vallformade kanter. Sårbildningen har ingen klar gräns och i omkringliggande vävnader förekommer en kraftig infektionsreaktion. Förändringarna kan vara mycket smärtsamma och känsliga för beröring. Diagnosen säkerställs genom att man tar ett **vävnadsprov**. Utbredningsgraden reds ut med hjälp av **datortomografiundersökning** och **magnetrontgen** av bäckenområdet.

Olika typer av cancer i de yttre könsorganen

Cancer i de yttre könsorganen har vanligen sitt ursprung i de stora blygdläpparna och deras skivepitel. Dessa utgör nästan 90 procent av alla fall av cancer i de yttre könsorganen och de kallas för **skivepitelkarcinom**. Vissa cancerformer har sin början i körtelvävnaden i de yttre könsorganen och kallas då **adenokarcinom**.

I de yttre könsorganen förekommer också **melanom**, som till sitt utseende och sin utveckling liknar melanom som förekommer på andra ställen i huden.

Pagets sjukdom utgör en egen sjukdomsgrupp som förekommer i de yttre könsorganen. Till celltypen kategoriseras den som elakartad, men till dess egenskaper hör att den inte sprider sig särskilt mycket och den skickar inte heller metastaser. Däremot kan den förnya sig lokalt efter tiotals år.

Hur cancer i de yttre könsorganen sprider sig

Cancer i de yttre könsorganen ger ofta så kraftiga symptom att patienten söker vård i ett tidigt sjukdomsstadium, då sjukdomen är begränsad till de yttre könsorganen. Lokalt sprider sig cancer till urinröret, slidan och trakten kring ändtarmen. Via lymfvägarna sprider den sig till lymfkörtlarna i ljumsken och höften och via blodkärlen närmast till lungorna.

Utbredningsstadier

- I Tumören är begränsad till de yttre könsorganen.
- II Tumören är begränsad till de yttre könsorganen och mellangården (perineum).
- III Tumören har spritt sig till omkringliggande vävnader och till lymfkörtlarna i ljumskan
- IV Tumören har infiltrerat urinblåsan eller ändtarmen eller skickat metastaser till andra organ

Behandling av cancer i de yttre könsorganen

Cancer i de yttre könsorganen behandlas alltid **kirurgiskt** om det bara är möjligt. Även i fall av framskriden cancer. Om det är fråga om en lokal tumör som är under 2 cm i den ena blygdläppen kan den tas bort med en **sparande operation**. Då opererar man bort tumören med tillräcklig marginal i omkringliggande vävnader, men bibehåller de yttre könsorganens anatomi relativt normal.

Om tumören är stor eller om den är på båda blygdläpparna måste man göra en **radikal operation av de yttre könsorganen** för att försäkra sig om att behandlingen är tillräcklig. I operationen tar man också bort portvakslymfkörtlarna i ljumskarna.

I vissa fall kan man under pågående operation fastställa den s.k. **portvakslymfkörteln**. För att hitta den använder man blå färg och isotopen teknetium som signalämnen. De sprutas in i tumören före operationen. Färgen och isotopen visar var portvakslymfkörteln är, dvs. den lymfkörtel dit tumörens huvudsakliga lymfvägar leder. Om det inte finns tumörceller i lymfkörteln behöver man inte operera bort de övriga lymfkörtlarna. På så sätt kan biverkningarna av en radikal operation minskas.

Kirurgisk behandling kan övervägas också i framskridna tumörer. Då görs operationen ofta i samarbete mellan en gynekolog, tarmkirurg, urolog och plastikkirurg. Man opererar inte bara

bort de yttre könsorganen, utan vid behov också urinröret, urinblåsan och ändtarmen för att få bort all tumörvävnad. Plastikkirurgens hjälp kan behövas för att korrigera bristen på vävnad i området kring de yttre könsorganen.

Efter operationen kan man också behöva ge **yttre strålbehandling** av de yttre könsorganen och lymfkörtlarnas område. Strålbehandling används också vid återfall eller om tumören har spritt sig så att en operation inte längre är möjlig. Strålbehandlingen kan effektiveras med cytostatikabehandling och då talar man om **kemo-strålbehandling**. I övrigt har cytostatika liten effekt vid cancer i de yttre könsorganen.

Biverkningar av behandlingen

Vid radikal operation av de yttre könsorganen förekommer ofta sårinfektioner. En radikal operation förändrar anatomin i kvinnans könsorgan radikalt, både till de yttre och inre, och förmågan till sexuell känsla förändras. Förändringen kan vara av mycket stor betydelse för kvinnans livskvalitet och hennes parförhållande. Den inverkar också på kvinnans sexuella jagbild och hennes bild av sig själv som en hel kvinna.

Det att lymfkörtlarna i ljumskarna opereras bort kan leda till svullnad i benen, benägenhet att få infektioner och tromboser i det djupt liggande venerna. Detta kan klart minskas genom undersökning av portvaktslymfkörteln.

Strålbehandling orsakar ibland stark hudirritation på de tunna slemhinnorna i de yttre könsorganen. Senare kan den leda till att huden blir pansaraktig och tjock samt till störningar i lymfcirkulationen.

Om hur cancer påverkar sexualiteten och hur man klarar av det berättas i patientguiden Sexualitet och cancer, **www.syopapotilat.fi**. Du kan också beställa patientguiden i tryckt form på finska. Svenska broschyrer finns enbart i elektroniskt form. Beställningsanvisningar finns i slutet av den här broschyren.

Uppföljning av patienter med cancer i de yttre könsorganen

Uppföljningsintervallerna och -tiden varierar enligt sjukdomens ursprungliga utbredningsgrad och behandling. Patienter som haft ett tidigt stadium av sjukdomen går på kontroller med fyra månaders mellanrum det första året, halvårsvis det andra året och därefter årligen i 3–5 år.

Den viktigaste faktorn med tanke på uppföljningen är om sjukdomen har spritt sig till lymfkörtlarna. Om cancer konstateras i lymfkörtlarna är risken för återfall stor och femårsprognosen sjunker till 20–40 procent. I en lokal cancersjukdom är prognosen till och med 90 procent.



Biverkningar av cytostatikabehandling vid gynekologisk cancer

Cytostatikabehandling har många olika biverkningar. De beror på att cytostatika inte är någon selektiv medicin som enbart skulle påverka tumörcellerna, utan också påverkar friska celler som delar sig snabbt. Biverkningarnas svårighetsgrad och natur är specifika för olika cytostatika.

Det är individuellt hur snabbt patienterna återhämtar sig efter cytostatikabehandlingen, och det kan ta rätt länge innan man har återfått sina krafter. Det är viktigt att komma ihåg att man med sina levnadsvanor kan påverka hur lång konvalescensen blir.

Det är viktigt att få näringsrik och hälsosam kost, regelbunden motion – så att man ökar den enligt krafterna – och tillräcklig vila och att man sköter om sig själv. Nu är det allra senast dags att börja tänka mera på sig själv.

Det kan kännas underligt att komma i menopaus i fertil ålder, och klimakteriebesvären kan vara svåra. För patienter som redan är i menopausen är symptomen inte mycket värre. Hormonbehandling kan enligt övervägande ges vid svåra klimakteriebesvär. Det finns olika lokala behandlingsmedel som är tillåtna och som till och med rekommenderas mot besvär som kan kännas pinsamma, såsom torra slemhinnor, klåda och sveda.

Det är viktigt att försöka följa en så normal livsrytm som möjligt mellan behandlingarna. En positiv attityd och det att man håller sig pigg hjälper att orka också tunga behandlingsperioder och förbättrar därmed vårdresultatet. En lämplig kombination av vila och olika aktiviteter enligt vad krafterna medger är bra. Men man får också skämma bort sig själv lite.

Allmän trötthet, orkeslöshet och känsla av utmattning

Den vanligaste biverkningen i alla cytostatikabehandlingar är allmän trötthet, orkeslöshet och en känsla av utmattning.

Det beror på att cytostatikan förstör tumörceller och att kroppen därför behöver alla krafter för att undanska de förstörda cancer-cellerna och bilda nya friska celler. Bästa möjliga behandling vid trötthetssymptom är **vila, måttlig motion och mångsidig kost**.

Anemi

Anemi som orsakas av tumören och behandlingarna ökar och förlänger trötthetssymptomen, och bör behandlas om hemoglobinvärdet sjunker under 100 U/l för en längre tid. Behandlingsalternativ för grav anemi är **transfusion av röda blodkroppar** och sjukhusspecifikt **epobehandling** i lindrigare fall.

Infektioner

Patienten får lättare virus- och bakterieinfektioner under cytostatikabehandlingen. Mest utsatt för infektioner är man i mitten av behandlingsperioden, då antalet vita blodkroppar (neutrofiler), som sköter kroppens försvarssystem, är som lägst. Åtminstone vid tider för vår- och höstflunsa är det då skäl att **undvika masstillställningar**, där man utsätter sig för stora mängder virus.

De **vita blodkropparna minskar** hos nästan alla som följd av cytostatikabehandlingen, men tiden då man är som mest utsatt för infektioner är bara 2–3 dagar. Därefter återgår mängden vita blodkroppar till normal nivå. Om återhämtningen av de vita blodkropparna av någon orsak drar ut på tiden kan man stöda den med en behandling med **tillväxtfaktor**.

Det är skäl att gå på **tandkontroll** hos sin tandläkare för att sanera eventuella infektionshärddar. Tandvården ska göras under skydd av antibiotika. Tandläkaren ordinerar medicinen före tandvårds-åtgärderna.

Minskat antal blodplättar

En ovanligare biverkning av cytostatikabehandlingen är att antalet blodplättar (trombocyter) minskar. Antalet blodplättar följs upp genom blodprov som tas före behandlingen, och vid behov kan behandlingarna flyttas eller ändras om trombocytnivån kräver det.

Illamående

Illamående är en biverkning i så gott som alla cytostatikabehandlingar som används vid gynekologisk cancer. Kraftigast illamående orsakar karboplatin och cisplatin.

Tack vare de nuvarande, mycket effektiva **läkemedlen mot illamående** blir illamåndet inget problem för att kunna genomföra behandlingen. För att förhindra illamående används kombinationer av upp till tre olika läkemedel för att uppnå tillräcklig effekt. De vanligaste är **kortikosteroider, metoklopramid, setroner och aprepitant**.

Illamåndet kan fortgå i ett par, tre dagar efter cytostatikabehandlingen. Då ska man se till att **få tillräckligt med vätska** och försöka äta sådan **mat som smakar, åtminstone små portioner**. Vacker dukning och gott sällskap till maten hjälper dig att få upp aptiten snabbare.

Förändringar i tarmfunktionerna

Cytostatikabehandlingarna gör ofta tarmfunktionen snabbare. De irriterar slemhinnorna både i magen och tarmen och kan orsaka lös mage eller **diarré**. Å andra sidan orsakar medicinerna som förhindrar illamående närmast **förstoppning**, så medicinernas samverkan kan hålla magen i relativt god balans.

Matsmältningskanalen kan också bli känsligare för mat som smälter dåligt och är starkt kryddad. Rekommendationen är att åtminstone några dagar efter behandlingen äta **lättare mat som också är lättsmält**.

Känslolöshet

De cytostatikabehandlingar som i regel ges vid alla former av gynekologisk cancer (paklitaxel, karboplatin och cisplatin) kan vara förbundna med **känslolöshet som orsakas av skador i det perifera nervsystemet**. Den här biverkningen ökar med antalet behandlingsgånger. Skadorna yttrar sig som känslolöshet i fotsulan och handflatan, i fotsulan kan biverkningarna till och med försvåra normal gång. Det finns ingen effektiv behandling för att motverka symptomen, men de lindras i viss mån när behandlingarna är över, för att åter förvärras om man måste ge behandlingar på nytt.

Håravfall

Den synligaste biverkningen vid de cytostatikabehandlingar är oftast håravfall (paklitaxel, docetaxel, doxorubicin). Håret och även ögonfransarna, ögonbrynen och könshåret faller i allmänhet av redan efter den andra behandlingsgången.

På sjukhuset får du en betalningsförbindelse för att skaffa peruk. Den gäller för en peruk upp till en viss summa. Olika sjukhus har olika praxis för köp av peruk. För att peruken ska likna ditt eget hår så mycket som möjligt lönar det sig att skaffa den genast när behandlingarna börjar och innan håret börjar falla av.

Mera information om cytostatikabehandlingar och deras biverkningar finns i patientguiden ***Råd till dig som får läkemedelsbehandling mot cancer***.

Mera information om kosten vid cytostatikabehandling finns i patientguiden ***Näringsguide för cancerpatienter***.

Information om vårdtrötthet finns i patientguiden ***Jag orkar bara inte***.

Patientguiderna finns i elektronisk form på finska och svenska på webbplatsen ***www.syopapotilaat.fi*** och på finska kan de också beställas i tryckt form.

Beställningsanvisningar finns i slutet av den här broschyren.

Biverkningar av strålbehandling vid gynekologisk cancer

Strålbehandling vid gynekologisk cancer ger biverkningar både under strålbehandlingens gång och efteråt. Strålbehandling i höftområdet riktas förutom på det tumörområde som behandlas också på friska organ i samma kroppsdel, såsom slidan, urinblåsan, tjock- och ändtarmen samt tunntarmen.

Under strålbehandlingen kan slemhinnorna i slidan bli torra och ömma, tätare urineringsbehov kan förekomma och tarmfunktionen kan bli snabbare, t.o.m. diarré kan uppstå.

Problemen i slidan försöker man minska med östrogensalva som appliceras lokalt. Tarmarna lugnas ner med läkemedelsbehandling (Imodium, Imocur). Urinprov tas veckovis för att upptäcka eventuella infektioner och blodprov med en eller två veckors mellanrum för att kontrollera leukocyt- och hemoglobinvärdena.

Utvidgning av slidan dvs. dilatation

Strålbehandling på höftområdet, lokal strålbehandling och åtgärder som förändrar slidan eller de yttre könsorganen kan leda till att slidan blir trång och att dess elasticitet minskar. Det kan man förhindra genom regelbunden dilatation av slidan. Dilatationen borde påbörjas så snart som möjligt efter avslutad behandling. Läkaren, vårdpersonalen och sexualrådgivaren ger anvisningar om lämpliga sätt.

Den naturligaste formen av dilatation är samlag, men det kan vara förbjudet till exempel på grund av operation eller behandlingar. Samlag är inte heller annars alltid möjligt, till exempel på grund av att man inte har någon partner. Det kan också hända att ens partner inte vill ha eller är rädd för att ha samlag i en avvikande situation. Tanken på samlag kan dessutom kännas främmande eller till och med motbjudande för kvinnan mitt under pågående cancerbehandling och känslorna som väckts av sjukdomen.

Dilatation kan också göras med fingrarna, **dilatationsstav, konstgjord penis eller massagestav**. Genom att prova med fingrarna kan man få fram rätt storlek för hjälpmedlet. Vi behov kan man övergå till större modeller efter en tid.

Sjukhusen har **olika praxis**. På vissa vårdenheter får man en dilatationsstav på gynekologiska polikliniken. Om så inte är fallet ska man skaffa **hjälpmedlen** själv. Vissa apotek och varuhus säljer konstgjorda penisar, dvs. dildon, och massagestavar, men det bästa urvalet finns i erotikaffärernas nätbutiker eller i själva butikerna. Den behandlande läkaren eller vårdpersonalen kan ge ett utlåtande för betalningsförbindelse som gäller anskaffning av hjälpmedlet. Om det finns en sexualrådgivare på vård-enheten ger hen utlåtandet.

Det är viktigt att använda rikligt med glidmedel både vid samlag och dilatation. Glidmedlet ska vara vattenlösligt. Dilatationen borde göras minst tre gånger i veckan.

För att undvika infektioner är det viktigt att se till att dilatationshjälpmedlet är rent. Tvätta det med vatten och mild tvål.

Som **intimhygien** räcker det att duscha med ljummet vatten och torka torrt. Tvål och desinfektionsmedel torkar ut huden och slemhinnorna. För behandling av slemhinnorna rekommenderas vattenlösliga medel t.ex. Ceridal-olja.

Om dilatationen genomförs som samlag ska man också se till partnerns intimhygien.

Om dilatationen orsakar **smärtor** eller återkommande blödningar är det bra att ta upp saken med en läkare.

Den vanligaste **dilatationstiden** är 6–12 månader efter behandlingen, men behovet är individuellt beroende på kvinnans ålder och behandlingen hon fått. Om slidan blir trång på nytt kan man börja dilatationen på nytt.

- *Det är bra att välja en lugn och ostörd plats för dilatationen.*
- *Riklig användning av glidmedel gör dilatationen lättare, minskar smärta och förhindrar eventuella skador på slemhinnorna.*
- *Du kan själv välja den ställning som känns bäst, till exempel på rygg eller på sidan med knäna böjda eller stående med det ena benet lyft högre upp.*
- *För in hjälpmedlet så långt som det går utan besvär.*
- *Rör staven försiktigt framåt, bakåt och åt sidorna inne i slidan och cirkulera den längs med slidans öppning.*
- *Dilatationen ska vara 5–10 minuter åt gången.*
- *I samband med dilatationen kan svag blödning förekomma.*

*Mera information om strålbehandling och biverkningarna av den får du i patientguiden **Råd till dig som får strålbehandling**.*

Patientguider finns i elektronisk form på webbplatsen **www.syopapotilaat.fi**. På finska finns också tryckta broschyrer och anvisningar för hur du beställer dem finns i slutet av den här broschyren.

Fertilitet

Om det bara är möjligt beaktar man i behandlingen av kvinnor i fertil ålder också möjligheten att skaffa barn senare. Vid äggstockscancer kan till exempel en sparande operation, där den ena äggstocken och livmodern bevaras, göras om sjukdomen kan konstateras vara begränsad endast till den ena äggstocken. Men också i dessa fall leder cytostatikabehandlingen till att menstruationen uteblir och kvinnan genomgår en tillfällig "menopaus". Största delen av alla kvinnor som är under 35 år får dock tillbaka menssen efter avslutad cytostatikabehandling.

Äggstockarna kan skyddas under cytostatikbehandlingen med hormonbehandling (GnRH), så att den friska äggstocken på sätt och vis kommer i viloläge och äggcellerna som mognar inte skadas. Rekommendationen är att man inte ska bli gravid förrän tidigast ett år efter att cytostatikbehandlingen har avslutats för att den befruktade äggcellen ska vara så fri från förändringar som orsakas av behandlingen som möjligt.

Om den gynekologiska cancers utbredningsgrad eller andra faktorer som inverkar på prognosen förutsätter en radikal operation eller val av starkare läkemedelsbehandling måste man fatta beslut som leder till bestående barnlöshet.

Stormande känslor och vardagen i oordning

En cancersjukdom förändrar plötsligt livssituationen, orsakar rädsla, väcker känslor och rör om vardagen. I och med cancer och behandlingarna för den blir man tvungen att möta konstiga situationer och nya saker. En gynekologisk cancer är intim till sin natur och kan leda till situationer som känns pinsamma och generande, eftersom det är fråga om en kvinnas mest privata sfär. Sjukdomen börjar definiera livet och framtiden är osäker. Alla dessa förändringar kan orsaka känslostormar som det kan vara svårt att komma ifrån. Förutom helt vanliga känslor som rädsla och osäkerhet kan patienten känna bitterhet, sorg, ursinne, avund och svartsjuka. Det är också vanligt att känslorna växlar mellan hoppfullhet och hopplöshet.

Känslorna är naturliga och tillåtna, de är människans sätt att hantera nya och skrämmande situationer. Känslor är också individuella och olika människor upplever dem på olika sätt enligt sin livssituation och personlighet. Det finns många sätt att se på saker och man har olika sätt att klara sig.

Det är bra att låta känslorna komma och att ge dem tid. Svåra och ibland överraskande känslor hör till saken och det är bra om du tillåter dem. Genom att godkänna och förstå känslornas betydelse i olika skeden av krisen klarar du bäst av dem. Känslor

kommer och går i olika skeden av sjukdomstiden, och sådana känslor som du redan trött är över kan komma tillbaka.

Det är viktigt att prata om sina känslor, ibland till och med nästan nödvändigt, men ingen kan tvinga sig till det. Det bästa också med att dela sina känslor med andra är att gå efter hur det känns och att ta upp dem med andra när tiden känns mogen för det. Man behöver inte heller dela alla sina känslor med andra.

I något skede, framför allt om behandlingsperioden eller -perioderna varit långa, är vårdtrötthet och att man känner sig trött på hela situationen mycket vanliga; man kan känna sig trött på att gå på behandlingar, biverkningarna som behandlingen ger, illamåendet, den eviga känslan av utmattning och orkeslöshet och på att ens önskan om att vardagen blir jämn igen känns fjärran och ouppnåelig.

Sjukdomen och de plötsliga förändringarna i livet påverkar ofta också de mänskliga relationerna, som kan bli ansträngda. Ens partner, familj, vänner och arbetskamrater kan kännas viktiga, men också irriterande ibland. Ibland är det bra att få ha tid bara för sig själv för att kunna reda ut sina tankar eller bara för att inte behöva tänka på något alls eller ta hand om någon annan. Hälsofarlig självishet hjälper dig att få tid för dig själv. Du behöver



inte alltid ta hand om andra. När man är sjuk är det bra att i mån av möjlighet sätta sig själv i främsta rummet.

Den som sätter all sin kraft på andra kan inte koncentrera sig ordentligt på sin sjukdom och på att återhämta sig från den. Det kan hända att du måste ta till en enviss kvinnas egenskaper och förmåga att säga nej. Du måste också i mån av möjlighet våga vara sjuk på dina egna villkor. Ofta är dock livssituationen sådan att man helt enkelt inte har möjlighet att ta egen tid eller ställa egna villkor. Då kan redan en andhämtningspaus på femton minuter kännas som lyx.



Att tänka på sig själv betyder också att man medger att man behöver hjälp. Det kan vara svårt, men är nödvändigt. När man inte själv orkar sköta familjen eller ens sin vardag, måste någon annan ta hand om det. Men var kan man få hjälp? Alla har inte närstående personer som vill eller kan hjälpa. Då kan man också fråga vänner och bekanta, om de inte erbjuder hjälp själv. Ofta kommer hjälpen från helt överraskande håll, när en inte så nära bekant eller en granne erbjuder sig att hjälpa till. Om ditt eget sociala nätverk inte bär kan du fråga socialarbetaren på sjukhuset om t.ex. kommunala stödformer.

När man insjuknar i en allvarlig sjukdom har man många fler frågor än svar. För att klara sig både fysiskt och psykiskt är det viktigt att få riklig information om sin sjukdom, hur den behandlas och hur den inverkar på livet under behandlingstiden och återhämtningsperioden. Information och stöd finns att få i många källor, men det kan vara svårt att hitta och det är sällan någon kommer och erbjuder dig det. Det är oftast du själv som måste fråga och leta efter stöd.

De viktigaste informationskällorna är din behandlande läkare och den övriga vårdpersonalen. Du kan be dem om handledning och vid behov om en remiss till psykologens eller socialarbetarens mottagning.

Det är alltid rätt och tillåtet att fråga om sådant som du går och funderar på.

De som står en närmast, familjen, andra närstående och vänner, ger ofta bäst stöd och hjälp. Sjukdomen kan göra att personer som man väntat sig att få stöd av försvinner och att andra vänner som man inte ens kommit att tänka på kommer i deras ställe.

När man insjuknar i en allvarlig sjukdom kan man känna behov av att göra allt man bara kan för att klara sig. Att ta emot behandling och vänta på resultat, rädsla och oro leder till att man själv skulle vilja göra något konkret som stöd för behandlingen. Det är också vanligt att man får rekommendationer om de mest varierande metoder, alternativa behandlingar och stödbehandlingar av andra. Läkarna utesluter inte i allmänhet sådana vårdmöjligheter som kvinnan själv anser vara viktiga, om de inte är direkt skadliga för den övriga behandlingen.

Ibland vill man använda sig av alternativa behandlingsmetoder eller stödbehandlingar som man fått information om eller som rekommenderats av andra, såsom till exempel vitaminbehandlingar. Men det är alltid bäst att först diskutera dem med den behandlande läkaren.

Information om känslor när man insjuknar i cancer och om förändringar i livet som sjukdomen medför finns i patientguiderna **Handbok i överlevnad, Till en ung familj med cancer** och **Överlevnadshandbok för unga cancerpatienter**.

Information om sociala förmåner och möjligheter till stöd i vardagen finns i patientguiden **Cancerpatientens sociala förmåner 2015**.

Patientguiderna finns i elektronisk form på **www.syopapotilaat.fi** och finskspråkiga broschyren kan även beställas i tryckt form. Anvisningar om hur du beställer patientguiderna finns i slutet av den här broschyren.

Sexualitet och gynekologisk cancer

I sexualiteten och i inställningen till sin egen kropp och sin kvinnlighet betonas kvinnans individualitet. Därmed är också de känslor och frågor som insjuknande i gynekologisk cancer väcker hos kvinnan och hur de påverkar henne mycket individuella. På dem inverkar också kvinnans livssituation och många andra faktorer.

Det är vanligt att sexualiteten och frågor kring den lämnas åt sidan när krisen är som värst för att aktualiseras igen efter en viss tid. I sjukdomens startskede kan specifika frågor dyka upp, som till exempel hur anatomin och kroppsfunktionerna kommer att förändras, hur ens partner reagerar, vad som kommer att förändras i parförhållandet och för hur lång tid. Mera djupgående frågor som till exempel patientens egen inställning till sin förändrade kropp eller kvinnlighet kommer vanligen först senare när kvinnan har tillräckliga resurser för att tänka igenom de här sakerna.

Förändrad jagbild

Operationen och strålbehandlingen ändrar kvinnans jagbild både till det inre och till det yttre. Cytostatikabehandling och annan läkemedelsbehandling mot cancer påverkar den också, men det är i allmänhet övergående. På grund av den förändrade jagbilden kan kvinnan känna sig trasig och sårad. Det kan kännas som om en del av den bekanta kvinnligheten saknas.

Men även om det känns så försvinner kvinnligheten inte, utan den förändras och det kan kännas som en stor utmaning att återfå känslan av helhet. Både det hur länge det tar att återfå sin helhetskänsla och hurdan resultatet blir är individuellt. En faktor som inverkar på detta är hurdan inställning kvinnan hade till sin egen kropp före sjukdomen. Ju starkare den har varit, desto bättre är chanserna för att återfå känslan av helhet.

Ingen lust

Förändringarna som insjuknandet för med sig och osäkerheten i livet samt biverkningarna av cancerbehandlingarna leder ofta till utmattning och depression. Det är normalt. Krafterna behövs för att man ska klara situationen. Det kan ta lång tid att återhämta sig efter operationen och dessutom får man ofta cytostatikabehandling i en eller flera perioder. Allt detta, och dessutom personliga orsaker, gör att brist på sexuell lust är mycket vanligt vid cancer. Det är normalt och tillåtet att inte känna lust, men det kan kännas förvirrande också för kvinnan själv och orsaka frågor i hennes parförhållande.

Bristen på lust gäller oftast uttryckligen samlag, men behovet av närhet finns kvar. Närhet stöder känslan av samhörighet i parförhållandet och är ett sätt att berätta om sina känslor och dela dem med sin partner. Närheten bibehåller också det fysiska bandet mellan paret. Det är bra att samtala med sin partner om hurdan närhet hen önskar och vilken typ av närhet som i det här läget får vänta på bättre tider. Man ska inte försöka skynda sig för att få sin lust tillbaka, den kommer när tiden är mogen.

Sex

Under konvalescensen efter operationen och de övriga behandlingsformerna kan begränsningar gälla för samlag. Den behandlande läkaren eller vårdpersonalen ger vid behov anvisningar om sexlivet, till exempel när man kan börja ha samlag. Om man har lov att ha samlag under pågående behandlingar är det skäl att för att undvika infektioner fästa särskild uppmärksamhet vid hygien och se till att båda parterna tvättar sig före samlaget. Glidmedel rekommenderas, eftersom behandlingarna gör slemhinnorna sköra så att de lätt kan skadas under samlaget. Det är viktigt att sköta och förstärka slemhinnorna. Fråga därför läkaren om ett recept på produkter som skyddar slemhinnorna som du kan använda dagligen och på lokal östrogenbehandling.

Om det verkar som man skulle ha glömt lovet till samlag på vårdnheten lönar det sig att fråga själv. Sex kan kännas skrämmande och situationen kan leda till mycket frågor. På många sjukhus finns sexualrådgivare eller sexualterapeuter, och till deras mottagning kommer du genom att fråga på vårdnheten.

Inget parförhållande

I ett parförhållande väcks frågor som om det, men frågor kan också väckas om man inte har något parförhållande trots att man själv skulle vilja det. Då är det vanligt att man funderar på om sjukdomen och förändringarna som orsakats av behandlingarna kan vara ett hinder för ett nytt parförhållande, och avsaknaden av en partner kan kännas ännu mera sorglig.

När ens jagbild är förändrad och självkänslan kanske också är dålig är det svårt att lita på att man "duger åt någon", vilket höjer tröskeln för att ge ett nytt förhållande en chans. Rädslan finns i tankarna, ofta är den inte alls realistisk, men det är svårt att komma till insikt om det. Man ska inte stanna hemma och sörja utan ge sig ut bland folk, ta upp sina tidigare och nya hobbyer och aktiviteter.

Information om hur cancer inverkar på sexualiteten och sex och om hur sexualiteten helas igen finns i patientguiden ***Sexualitet och cancer***. Den finns tillgänglig i elektronisk form på www.syopapotilat.fi och den finska broschyren finns också tillgänglig i tryckt form. Anvisningar om hur du beställer den finns i slutet av den här broschyren.

Parförhållandet och familjen provas

När en familjemedlem insjuknar i cancer påverkas hela familjens känslor och vardag. För en patient som lever i ett parförhållande återspeglar sig sjukdomen både i förhållandet och i partners liv. Verkningarna är olika, eftersom också situationen i familjerna och parförhållandena är olika.

Parförhållandet

Insjuknandet inverkar oundvikligen på parförhållandet. Förutom intimiteten i en gynekologisk cancer väcker sjukdomen frågor om sexlivet och hur man ska möta sin partner. Sjukdomen kan göra att förhållandet känns närmare, den kan till och med förbättra en dålig relation, men å andra sidan kan den vara ett hot mot att relationen ska hålla.

Om paret redan tidigare har klarat av krissituationer har båda parterna en uppfattning av hur ens partner fungerar och hur man tidigare har kunnat möta utmaningar tillsammans. Framtiden ser bra ut om parterna lyssnar på varandra och ens försöker förstå den andras situation och känslor och där paret har ömsidig respekt för varandra. Yttre hot kan förena och föra parterna ännu närmare varandra.



Gamla problem, som lätt kommer upp till ytan igen i en ny allvarlig kris, kan utgöra ett hot mot parförhållandet. De kan ha många orsaker, och insjuknandet är bara den sista som man inte längre orkar komma över individuellt eller tillsammans.

Den som insjuknat önskar förståelse och stöd, och om dessa saknas kan personen bli både överraskad och besviken på sin allra närmaste. Orsaken kan också vara att partnern själv är rädd och inte vågar möta situationen. Ångest kan uppstå av att det är svårt att förstå den insjuknade partnerns beteende och känslor, sina egna känslor eller den konstiga livssituationen som helhet. En gynekologisk cancer väcker alltid frågor om sex. Samlaget är en intim och fysiskt nära kontakt och man kan vara rädd för att göra sin partner ont eller skada hen. Följderna av behandlingarna i kvinnans könsorgan kan också kännas främmande eller så kan man till och med vara rädd för att cancer ska smitta vid samlag. Men cancer smittar INTE.

Familjen

Familjer är olika, för en del omfattar den bara kärnfamiljen, för andra en större del av släkten. Alla har inte familj, och för dem kan vännerna utgöra ett nära nätverk som motsvarar familjen. Familjesituationen kan vara svår om man har små barn eller barn i skolåldern vid insjuknandet.

Det är inte alltid lätt att berätta om sjukdomen och sina känslor ens för människor som står en nära. Alla reagerar på sitt sätt. Det viktiga är dock att man kan diskutera också sådan som känns svårt på ett öppet sätt. Då är det lättare att klara av den ovanliga situationen och vardagen.

Barn förstår saker på olika sätt vid olika ålder. De vuxna försöker ofta skona barnet genom att inte berätta om sjukdomen, men det är inte rätt sätt. Barnet känner på sig att något hemlighålls och att det är sorgligt. Barnet kan få ångest och till och med skuld-känslor, allra mest uttryckligen av att ingenting sägs eller av att inte få veta sanningen.

Det är viktigt att prata om situationen med barnet på ett sätt som passar barnets ålder, svara på barnets frågor och tala om sådant som oroar. Barnet har rätt att känna sig tryggt också i en situation som känns skrämmande. Därför är det viktigt att berätta vem som tar hand om barnet och vem hen kan vända sig till om föräldrarna på grund av den svåra sjukdomssituationen inte orkar eller hinner.

Mera information om de närmaste personernas känslor finns i *Handbok för cancerpatientens anhöriga*.

Svar på frågor som uppstår i en barnfamilj finns i handboken *Till en ung familj med cancer*.

Båda handböckerna finns i elektronisk form på www.syopapotilaat.fi. Anvisningar för beställning av tryckta broschyrer (på finska) finns i slutet av den här broschyren.

Information och stöd

Anvisningar för beställning av patientguider

Patientguiderna som nämns i broschyren är producerade av Cancerpatienterna i Finland rf och de är gratis för patienter. Patientguiderna finns tillgängliga elektroniskt och de finska broschyrerna finns också i tryckt form. Du kan läsa eller skriva ut dem från www.syopapotilaat.fi. Tryckta broschyrer kan beställas på tfn **044 053 3211** eller per e-post potilaat@syopapotilaat.fi.

Riksomfattande patientnätverk

Syftet med det riksomfattande patientnätverket Gynekologiset syövät (endast på finska) är att ge kvinnor som insjuknat i gynekologisk cancer och deras närmaste information om de olika cancerformerna, hur de behandlas och hur de inverkar på livets olika delområden.

Nätverket har också som målsättning att ge kvinnor med gynekologisk cancer och deras närmaste möjlighet till stöd från och växelverkan med andra i samma situation.

Nätverket fungerar i huvudsak på elektronisk väg. Det har en egen webbplats på adressen www.syopapotilaat.fi/portilasverkostot och en sluten Facebookgrupp med namnet Gynekologiset syövät –potilasverkosto.

Vi ordnar vid tillfälle nätverksdagar och nätverksveckoslut för deltagarna. Om dem informeras på nätverkets webbplats och i Facebookgruppen.

Nätverksverksamheten ordnas av Cancerpatienterna i Finland rd. Mera information ger nätverkskoordinatörn per tfn **044 515 7517** eller per e-post potilaat@syopapotilat.fi.

Cancerrådgivning (Cancerorganisationerna)

Avgiftsfri tjänst

Ring: 0800 19414

Skriv till: neuvonta@cancer.fi

Diskutera på: www.neuvontahoitaja.fi

Må och to kl. 10–18, ti, on och fr kl. 10–15.

Regionala cancerföreningar

De regionala cancerföreningarnas rådgivningsstationer ger information och stöd. Via dem kan man också söka sig till olika former av rehabilitering och stödtjänster. Tjänsterna är gratis. Det är viktigt att komma ihåg att en cancerpatient aldrig behöver bli ensam. Det lönar sig alltid att ta mod till sig och ta kontakt.

På de regionala cancerföreningarna finns stödpersoner, deras kontaktinformation får du på föreningens verksamhetsställe.

Södra Finlands Cancerförening
Elisabetsgatan 21 B 15
00170 Helsingfors
tfn 09 696 2110
www.etela-suomensyopayhdistys.fi
etela-suomi@essy.fi

Keski-Suomen Syöpäyhdistys ry
Kilpisenkatu 5 B 9
40100 Jyväskylä
tfn 014 333 0220
www.kessy.fi
syopayhdistys@kessy.fi

Kymenlaakson Syöpäyhdistys ry
Kotkankatu 16 B
48100 Kotka
tfn 05 229 6240
www.kymsy.fi
toimisto@kymsy.fi

**Lounais-Suomen Syöpäyhdistys –
Sydvästra Finlands Cancerförening ry**
Seitskärgatan 35
20900 Åbo
tfn 02 265 7666
www.lssy.fi
meri-karina@lssy.fi

Pirkanmaan Syöpäyhdistys ry
Hämeenkatu 5 A
33101 Tammerfors
tfn 03 249 9111
www.pirkanmaansyopayhdistys.fi
toimisto@pirkanmaansyopayhdistys.fi

**Pohjanmaan Syöpäyhdistys –
Österbottens Cancerförening ry**
Rådhusgatan 13
65100 Vasa
tfn 010 8436 000
www.pohjanmaancancer.fi
info@pohjanmaancancer.fi

Pohjois-Karjalan Syöpäyhdistys ry
Karjalankatu 4 A 1
80200 Joensuu
tfn 013 227 600
www.pohjois-karjalansyopayhdistys.fi

Pohjois-Savon Syöpäyhdistys ry
Kuninkaankatu 23 B
70100 Kuopio
tfn 017 580 1801
www.pohjois-savonsyopayhdistys.fi
toimisto@pohjois-savonsyopayhdistys.fi

Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys ry
Rautatienkatu 22 B
90100 Uleåborg
tfn 0400 944 263
www.pssy.org

Saimaan Syöpäyhdistys ry
Maakuntagalleria
Kauppakatu 40 D
53100 Villmanstrand
tfn 05 451 3770
www.saimaansyopayhdistys.fi
saimaa@sasy.fi

Satakunnan Syöpäyhdistys ry
Yrjönkatu 2
28100 Björneborg
tfn 02 630 5750
www.satakunnansyopayhdistys.fi
toimisto@satakunnansyopayhdistys.fi

Ålands Cancerförening rf
Nyfahlers
Skarpansvägen 60
22100 Mariehamn
tfn 018 22 419
www.cancer.ax
info@cancer.ax

Ordlista

adjuvant behandling	läkemedelsbehandling som ges efter operation och/eller strålbehandling för att förstöra dolda cancerhärdar
antiemetiska läkemedel	mediciner som förhindrar illamående och kräkningar
ascites	vattenansamling i buken, bukvätska
benign	godartad
cysta	blåsförmig ihållighet som täcks av ett yttre cellskikt. En cysta i äggstockarna kan innehålla flera liter vatten. En del cystor är godartade.
biopsi	tagning av provbit
diagnos	fastställande av sjukdomens art
endometrios	förekomst slemhinna som liknar den i livmodern utanför dess normala plats
differentieringsgrad	visar hur elakartad cancer är, gradus
etiologi	sjukdomsorsak
dottertumör	tumör utanför den ursprungliga tumören - sekundärtumör, metastas
fibros	bindvävsökning (på ärr)
gradus	tumörens differentieringsgrad
hormonbehandling	behandling som ger för avsaknad av hormonproduktion till följd av att en eller båda äggstockarna har opererats bort eller strålbehandlats
induktionsbehandling	första stadiet av läkemedelsbehandling mot cancer eller cytostatikabehandling med avsikt att få en start behandlingsresultat

inoperabel	när tumören inte går att operera bort
kurativ	behandling botande behandling
malign	elakartad (tumör)
metastas	tumör utanför den ursprungliga tumören - sekundärtumör, dottertumör
nocturi	behov att kasta vatten under normal nattsömn
onkolog	läkare som har specialiserat sig på cancersjukdomar
operation	kirurgiskt ingrepp
palliativ	symptomlindrande behandling, när sjukdomen inte kan botas
patolog	läkare som är specialiserad på att undersöka och tolka vävnadsprover och provbitar
preoperativ	något som händer före operationen
primärtumör	den tumör som först uppstått och varifrån dottertumörer (metastaser) härstammar
prognos	bedömning av en sjukdoms förlopp
radikal	behandling med vilken tumören avlägsnas eller förstörs helt
recidiv	återfall, tumören återkommer
sekundärtumör	tumör utanför den ursprungliga tumören - dottertumör, metastas
östrogener	kvinnliga könshormoner



Suomen Syöpäpotilaat - Cancerpatienterna i Finland ry

Malmgågen 5, 00700 Helsingfors, www.syopapotilaat.fi

Produktionsstöd för broschyren har fått av Roche Oy ja GlaxoSmithKline Oy

