

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

ΓΙΩΡΓΟΣ ΜΙΧΑΗΛ

ΛΕΚΤΟΡΑΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

**ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ**

ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2017-8

CA ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

- Πλακώδεις (70%-80%)
- Αδενικοί (10%-15%)

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Επισκόπηση, αμφίχειρη γυναικολογική & ορθοκολπική εξέταση
- Τεστ Παπανικολάου
- Κολποσκόπηση με βιοψία
- Κωνοειδής εκτομή με ανασκόπηση των πλακιδίων
- Βιοψία ενδοτραχήλου

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η Σταδιοποίηση του Ca τραχήλου παραμένει Κλινική. Το σύστημα ταξινόμησης TNM της AJCC (American Joint Committee on Cancer) βασίζεται στις ίδιες κλινικές πληροφορίες σταδιοποίησης με εκείνο της FIGO. Τα χειρουργικά και ιστοπαθολογικά ευρήματα καταγράφονται ως τελικό παθολογοανατομικό στάδιο νόσου, που όμως δεν πρέπει να τροποποιούν το κλινικό στάδιο FIGO.

FIGO stage 2009	AJCC stage	
0	Tis	Καρκίνος in situ & ενδοεπιθηλιακός καρκίνος
I		Καρκίνος αυστηρά περιορισμένος στον τράχηλο
IA	T1a	Διηθητικός καρκίνος που αναγνωρίζεται μόνο μικροσκοπικά: όλοι οι μακροσκοπικοί όγκοι, ακόμη και με επιφανειακή επέκταση είναι Σταδίου IB. Η διήθηση περιορίζεται στην μετρούμενη στρωματική διήθηση με μέγιστο βάθος τα 5mm και έκταση τα 7mm
IA1	T1a1	Μετρούμενη στρωματική διήθηση όχι μεγαλύτερη από 3mm σε βάθος και μέγιστης έκτασης 7mm
IA2	T1a2	Μετρούμενη στρωματική διήθηση μεγαλύτερη από 3mm αλλά όχι μεγαλύτερη από 5mm σε βάθος και μέγιστης έκτασης 7mm
IB	T1b	Κλινικές βλάβες περιορισμένες στον τράχηλο, ή προκλινικές βλάβες μεγαλύτερες από εκείνες του Σταδίου IA
IB1	T1b1	Κλινικές βλάβες μεγέθους έως 4cm
IB2	T1b2	Κλινικές βλάβες μεγέθους άνω των 4cm
II		Ο καρκίνος επεκτείνεται εκτός τραχήλου αλλά δεν διηθεί τα πυελικά τοιχώματα – επέκταση στον

		κόλπο αλλά όχι στο κατώτερο τριτημόριο
IIA1	T2a	Έως 4cm στη μέγιστη διάμετρο, χωρίς διήθηση των παραμητρίων
IIA2	T2a	Άνω των 4cm στη μέγιστη διάμετρο, χωρίς διήθηση των παραμητρίων
IIB	T2b	Με διήθηση των παραμητρίων
III		Ο καρκίνος επεκτείνεται στα πυελικά τοιχώματα: στην εξέταση από το ορθό δεν υπάρχει δομή ελεύθερη νόσου μεταξύ όγκου και πυελικών τοιχωμάτων – επέκταση στο κατώτερο τριτημόριο του κόλπου – όλες οι περιπτώσεις με υδρονέφρωση ή μη λειτουργούντα νεφρό περικλείονται εδώ εκτός αν αποδίδονται σε άλλη αιτία
IIIA	T3a	Χωρίς επέκταση στα πυελικά τοιχώματα αλλά διήθηση του κατώτερου τριτημορίου του κόλπου
IIIB	T1, T2, T3α, T3b N1	Επέκταση στα πυελικά τοιχώματα ή υδρονέφρωση ή μη λειτουργικός νεφρός
IV		Ο καρκίνος έχει επεκταθεί εκτός της αληθούς πυέλου ή εμφανίζει κλινική διήθηση του βλεννογόνου της κύστης ή του ορθού
IVA	T4 οποιοδήποτε N	Επέκταση της διήθησης σε γειτονικά όργανα
IVB	οποιοδήποτε T οποιοδήποτε N M1	Επέκταση της διήθησης σε απομακρυσμένα όργανα

ΔΙΑΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ

- Πλήρης κλινική εξέταση
- Απεικονιστικές μέθοδοι: MRI/CT/ FDG-PET scan/λεμφαγγειογραφία
- Αιματολογικός & βιοχημικός έλεγχος με αξιολόγηση νεφρικής λειτουργίας, Tumor Markers: SCCA, CA125, CEA
- Εξέταση υπό νάρκωση
- Rö θώρακα, IVP, Κυστεοσκόπηση, Ορθοσκόπηση, Βαριούχος υποκλυσμός

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

IA1	<ul style="list-style-type: none"> • Κωνοειδής εκτομή επί υγιών ορίων μόνο επί ασυμπλήρωτης οικογένειας • Ολική υστερεκτομία (κοιλιακή/κολπική/λαπαροσκοπική)
IA2	<ul style="list-style-type: none"> • Ριζική τραχηλεκτομία (κοιλιακή ή κολπική) με λαπαροσκοπική πυελική λεμφαδενεκτομία (σε επιλεγμένες περιπτώσεις με ασυμπλήρωτη οικογένεια) • Ολική υστερεκτομία και πυελική λεμφαδενεκτομία

	<ul style="list-style-type: none"> • Ριζική υστερεκτομή τύπου II με πυελική λεμφαδενεκτομή (<i>± παραορτική λεμφαδενεκτομή</i>)
IB1	<ul style="list-style-type: none"> • Ριζική υστερεκτομή τύπου II ή III με πυελική λεμφαδενεκτομή (<i>± παραορτική λεμφαδενεκτομή</i>) • Εξωτερική ακτινοθεραπεία + βραχυθεραπεία • Συνδυασμένη χημειο -ακτινοθεραπεία (<i>εξωτερική ακτινοθεραπεία & βραχυθεραπεία με ταυτόχρονη χορήγηση cisplatin</i>) <i>±</i> ολική υστερεκτομή
IB2	<ul style="list-style-type: none"> • Ριζική υστερεκτομή τύπου III με πυελική & παραορτική λεμφαδενεκτομή • Εξωτερική ακτινοθεραπεία + βραχυθεραπεία • Συνδυασμένη χημειο -ακτινοθεραπεία (<i>εξωτερική ακτινοθεραπεία & βραχυθεραπεία με ταυτόχρονη χορήγηση cisplatin</i>) <i>±</i> ολική υστερεκτομή • (Συνδυασμένη εξωτερική ακτινοθεραπεία με βιολογικούς παράγοντες)
IIA	<ul style="list-style-type: none"> • Ριζική υστερεκτομή τύπου III με πυελική & παραορτική λεμφαδενεκτομή • Συνδυασμένη χημειο -ακτινοθεραπεία (<i>εξωτερική ακτινοθεραπεία & βραχυθεραπεία με ταυτόχρονη χορήγηση cisplatin</i>) • Προεγχειρητική ακτινοθεραπεία + Ριζική υστερεκτομή τύπου II με πυελική & παραορτική λεμφαδενεκτομή • (Συνδυασμένη εξωτερική ακτινοθεραπεία με βιολογικούς παράγοντες)
IIB, IIIA, IIIB, IVA, IVB	<ul style="list-style-type: none"> • Συνδυασμένη χημειο -ακτινοθεραπεία (<i>εξωτερική ακτινοθεραπεία & βραχυθεραπεία με ταυτόχρονη χορήγηση cisplatin</i>) • (Συνδυασμένη εξωτερική ακτινοθεραπεία με βιολογικούς παράγοντες εκτός από IVB)

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Συμπληρωματική ακτινοθεραπεία πυέλου (εξωτερική & βραχυθεραπεία), πιθανά σε συνδυασμό με θεραπεία εκτεταμένων πεδίων αρτηρίας.
- Συνδυασμένη χημειο -ακτινοθεραπεία (*εξωτερική ακτινοθεραπεία & βραχυθεραπεία με ταυτόχρονη χορήγηση cisplatin*)

Η ένδειξη για επικουρική πρωτογενή θεραπεία θα τεθεί από το Ογκολογικό Συμβούλιο αφού συναξιολογηθούν το performance status, η ηλικία της ασθενούς, καθώς και τυχόν δυσμενείς προγνωστικοί παράγοντες (θετικοί πυελικοί λεμφαδένες, θετικά χειρουργικά όρια, ογκώδους νόσος, πτωχή διαφοροποίηση, βάθος στρωματικής διήθησης, κακός ιστολογικός υπότυπος, LVSI)

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

- Η επιλογή της βέλτιστης θεραπείας ακολουθεί τις ίδιες αρχές όπως σε μη εγκύους
- Σε εγκύους με ΗΚ<16wks συνιστάται άμεση θεραπεία
- Σε εγκύους με νόσο αρχικού σταδίου (FIGO IA1, IA2, IB) διαγνωσμένη σε ΗΚ>16wks η θεραπεία μπορεί να καθυστερήσει μέχρι την επίτευξη πνευμονικής ωριμότητας
- Σε εγκύους με προχωρημένη νόσο (\geq FIGO 1B2) διαγνωσμένη σε ΗΚ>16wks οι αποφάσεις για τυχόν καθυστέρηση της θεραπείας βασίζονται στην επακριβή ηλικία κύησης την στιγμή της διάγνωσης

ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΙ/ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Ανά 3-4 μήνες για τα 2 πρώτα έτη
- Ανά 6μηνο για τα επόμενα 3 έτη
- Κατόπιν, ετήσια

Ο έλεγχος συνίσταται σε:

- Κλινική εξέταση, κυτταρολογία κολοβώματος,
- Γενική εξέταση αίματος, tumor markers, βιοχημικός έλεγχος ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας
- CT scan άνω και κάτω κοιλίας

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ ΝΟΣΟΥ

- Εξωτερική ακτινοθεραπεία και βραχυθεραπεία πιθανά συνδυασμένη με ακτινοθεραπεία εκτεταμένων αορτικών πεδίων
- Συνδυασμένη χημειο-ακτινοθεραπεία
- Χημειοθεραπεία με βάση την πλατίνα
- Πυελική εξεντέρωση (περιλαμβάνεται η ουροδόχος κύστη & το ορθοσιγμοειδές)
- Παρηγορητική/συμπτωματική αγωγή

Βιβλιογραφία

1. DiSaia-Creasman. Clinical Gynecologic Oncology, 7th edition, 2007, Elsevier.
2. Smith JR, Healy J, Del Priore J. Atlas of Staging in Gynecological Cancer, 2008, Springer
3. Μαιευτικά και Γυναικολογικά Θέματα, Α΄ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», ΑΘΗΝΑ, 2006.
4. National Cancer Institute: PDQ[®] Cervical Cancer Treatment. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Accessed <06/26/2013. Available at: <http://cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/cervical/HealthProfessional>.
5. Colombo N, Carinelli S, Colombo A. *et al.* Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 2012; 23 (Supplement 7): vii27–vii32.
6. SIGN 99 - Management of cervical cancer: A national clinical guideline. *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, January 2008 Available at: www.sign.ac.uk.