



# ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΙ

---

- Καρκίνος μαστού
  - Καρκίνος τραχήλου μήτρας
  - Καρκίνος ενδομητρίου
  - Καρκίνος ωοθηκών
- 
- Καρκίνος αιδοίου
  - Καρκίνος κόλπου
  - Καρκίνος σαλπίνγων



# ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

---

- 1η αιτία θανάτου από Γυναικολογικό καρκίνο παγκοσμίως με ~ 500 000 νέες περιπτώσεις ετησίως
- Συχνότερος στις αναπτυσσόμενες χώρες
- ΗΠΑ: 10520 νέες περιπτώσεις και 3900 θάνατοι το 2004

*Jemal et al, CA Cancer J Clin, 2004*

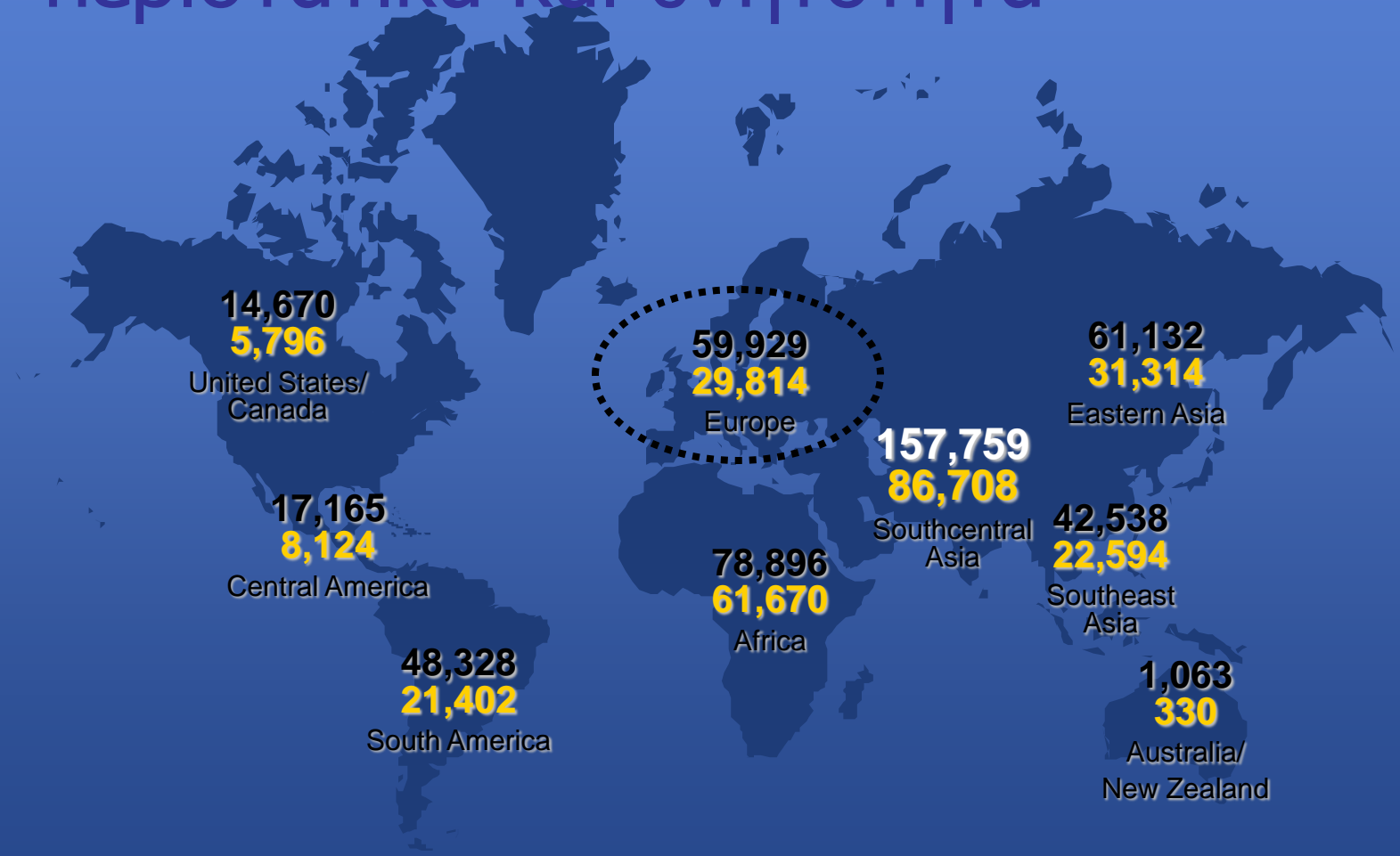
- Μέση ηλικία των ασθενών: 51,4 έτη
- Αυξημένη συχνότητα στις δεκαετίες: 30-39 & 60-69
- Ο HPV υπεύθυνος για το 99,7% των περιπτώσεων

*Panotopoulou E, ...Fotiou S, et al, Anticancer Res, 1997*

*Agorastos T et al, Gynecol Oncol, 2005*

*Ravazoula P, ...Kourounis G, Eur J Gynaecol Oncol, 2006*

# Καρκίνος του τραχήλου – 2002 περιστατικά και θνητότητα



Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Lyon, France: IARC Press; Globocan 2002



# Cervical Cancer – 2002 estimates Cases and Mortality

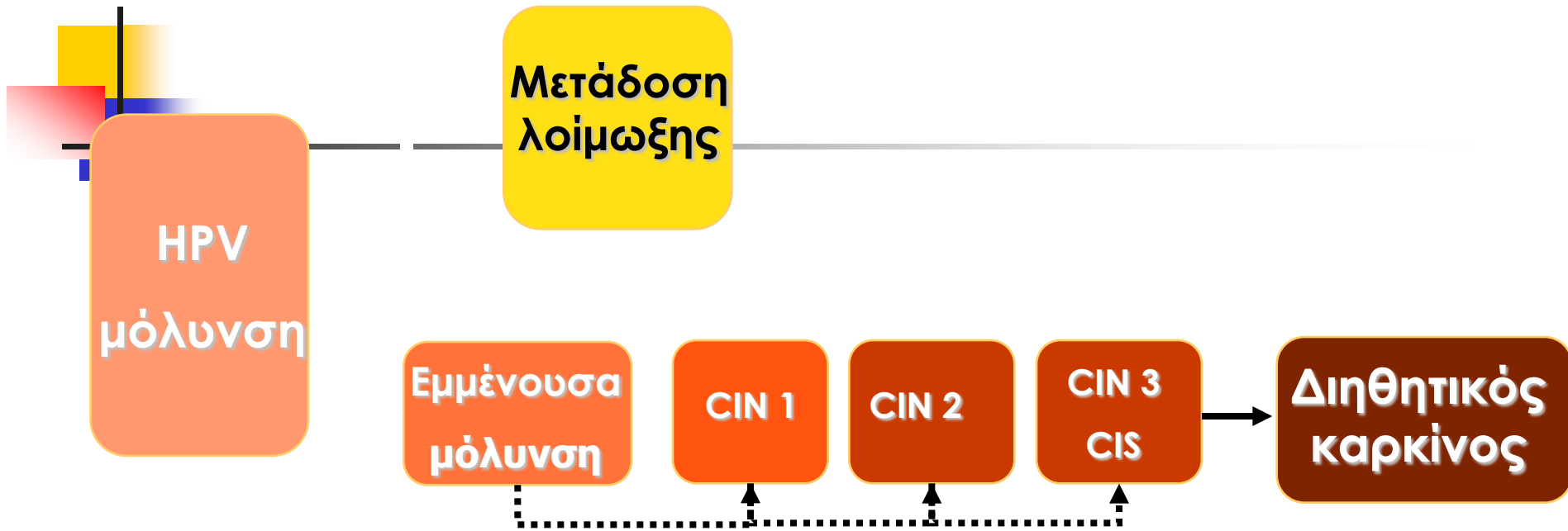
---

**40 γυναίκες πεθαίνουν κάθε μέρα  
από καρκίνο του τραχήλου στην  
Ευρώπη\***

Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Lyon, France: IARC Press; Globocan 2002

\*EU plus Iceland, Norway and Switzerland

# Αιτιολογικοί παράγοντες του καρκίνου του τραχήλου



- **τύποι και παραλλαγές HPV**

- **Παράγοντες ξενιστή:**

Γενετικοί παράγοντες

Ανοσολογικοί παράγοντες

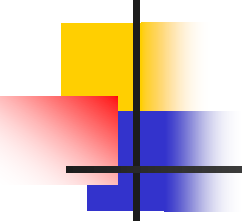
- **Ορμονικοί παράγοντες**

Μακρά χρήση  
αντισυλληπτικών

πολυτοκία

- **κάπνισμα**

- **HSV-2 και**



## Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου είναι επιστημονική πρόκληση διότι:

---

- Στα πρώιμα στάδια η νόσος είναι ασυμπτωματική
- Η προέλευση ορισμένων όγκων από τον ενδοτράχηλο ή από μη ορατά σημεία του επιθηλίου του εξωτραχήλου καθιστά την «επισκόπηση» αδύνατη
- Αρκετά υψηλή συχνότητα ψευδώς αρνητικών test Παπανικολάου

*Kourounis et al, Eur J Gynaecol Oncol, 2004 April*



# Συμπτώματα

---

## Πρώιμα

- Ανώμαλη κολπική αιμόρροια (56%)
- Αιμορραγία μετά από επαφή (28%)

## Όψιμα

- Δύσοσμη κολπική έκκριση (4%)
- Πυελικό άλγος (9%)
- Συμπτώματα από πίεση της ουροδόχου κύστης και του εντέρου
- Συρίγγια (κυστεοκολπικό ή/και ορθοκολπικό)

*Pretorius et al, Gynecol Oncol, 1991*



# Κλινικά σημεία

---

- Κατά την γυναικολογική εξέταση η πρωτοπαθής βλάβη, αν είναι ορατή, μπορεί να είναι:
  - Εξωφυτική
  - Διεισδυτική
  - Εξελκωμένη
  - Πολυποειδής
- Η επέκταση στον κόλπο μπορεί να είναι εμφανής ή να καλύπτεται σε περιπτώσεις σύμμεισης
- Ψηλαφητικά, ο τράχηλος μπορεί να είναι καθηλωμένος και διογκωμένος
- Απαραίτητη η εξέταση per rectum για την εκτίμηση των παραμητρίων





# Κυτταρολογία

---

- Η τυπική εικόνα είναι: παρουσία κακοήθων κυττάρων σε υπόστρωμα νεκρωτικών ιστών, αίματος και φλεγμονωδών κυττάρων
- Η συχνότητα του ψευδώς αρνητικού test Παπανικολάου μπορεί να φτάσει μέχρι 50%, γι αυτό επί παρουσίας κλινικών ευρημάτων πρέπει να συνεχίζουμε την διερεύνηση

*The National Co-ordinating Network for Cervical Screening Working Group, Br J Cancer, 1996*



# Καρκίνος του τραχήλου

## Προγράμματα μαζικού ελέγχου βασισμένα στην κυτταρολογία

---

*Καλά οργανωμένα προγράμματα μαζικού ελέγχου (με καθιερωμένο σύστημα πρόσκλησης γυναικών για εξέταση και καλά συστήματα ποιοτικού ελέγχου) έχουν δείξει ότι είναι αποτελεσματικά στην μείωση του καρκίνου του τραχήλου στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες*



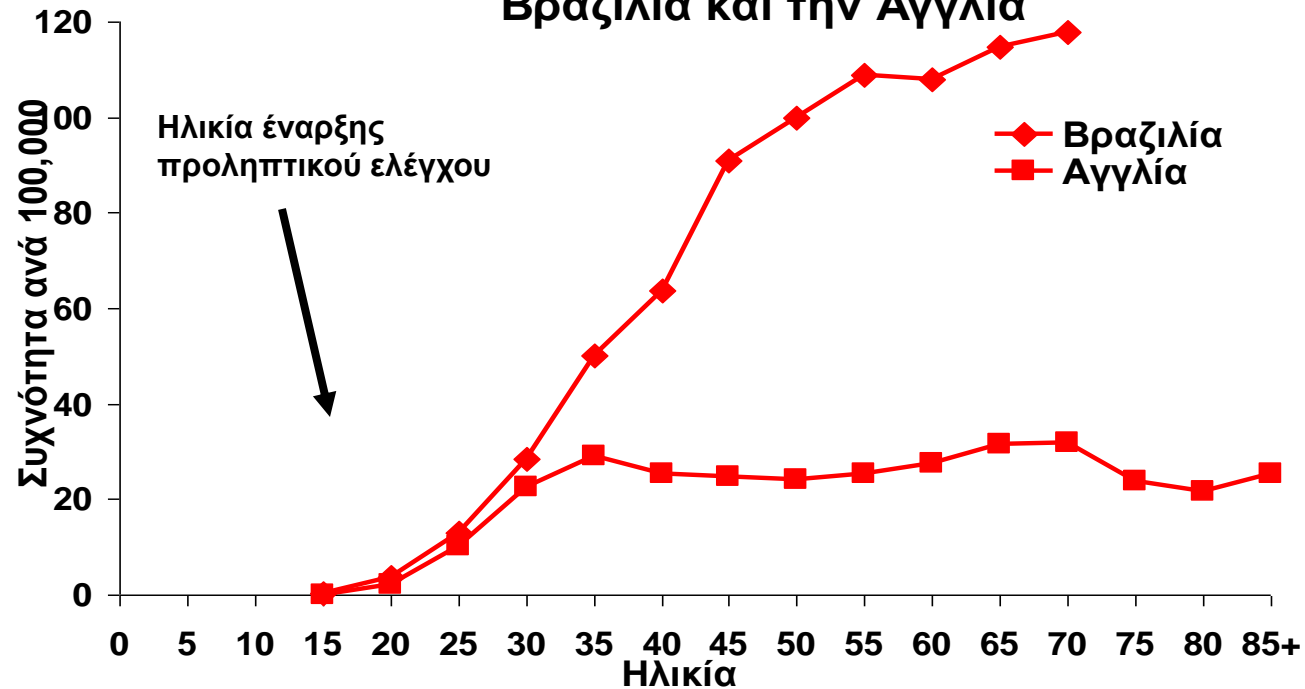
# Προγράμματα ελέγχου του καρκίνου του τραχήλου

---

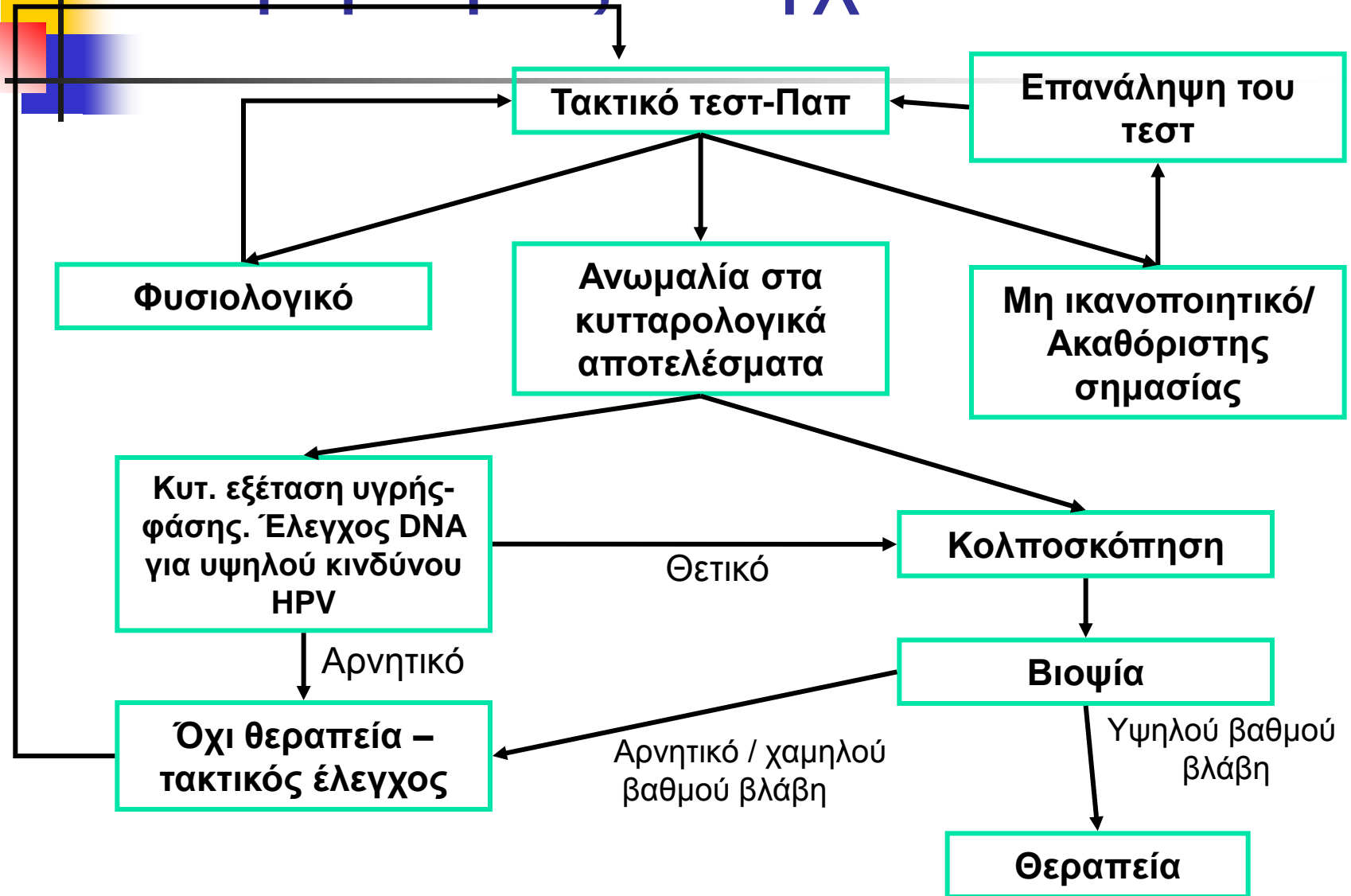
- **Στις αναπτυσσόμενες χώρες,** όπου εμφανίζεται η πλειοψηφία των καρκίνων του τραχήλου τα προγράμματα ελέγχου έχουν ευρέως αποτύχει ή δεν υπάρχουν
- **Στις ανεπτυγμένες χώρες,** υπάρχει μεγάλη διαφοροποίηση στην οργάνωση των προγραμμάτων ελέγχου στον βαθμό της συμμόρφωσης και στο βαθμό της έκτασής τους

# Επίπτωση ανά ηλικία σε πληθυσμούς με ή χωρίς προγράμματα ελέγχου

Συχνότητα εμφάνισης σε σχέση με την ηλικία, του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στη Βραζιλία και την Αγγλία



# Αλγόριθμος ελέγχου





# Βιοψία

---

- Punch biopsy
- Diathermy loop excision
- **Κολποσκόπηση + βιοψία**
- Κωνοειδής εκτομή

*Kourounis et al, Eur J Gynaecol Oncol, 2004 May*



# Κολποσκόπηση

- Η έκταση της επιφανειακής βλάβης αυξάνει την πιθανότητα διήθησης
- Αν το μικροδιηθητικό καρκίνωμα εντοπίζεται εξ' ολοκλήρου στον ενδοτράχηλο, τότε μπορεί να μην είναι ορατό στην κολποσκόπηση
- Τα καρκινώματα που εντοπίζονται στον εξωτράχηλο παρουσιάζουν χαρακτηριστικά ανώμαλο αγγειακό δίκτυο με οξείες γωνίες στην πορεία των αγγείων
- Περιοχές με υπερκεράτωση μπορεί να καλύπτουν καρκινικές βλάβες, γι' αυτό χρειάζεται πάντα βιοψία από αυτές τις περιοχές
- Τα αδenoκαρκινώματα δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και συνήθως συνυπάρχουν με SIL

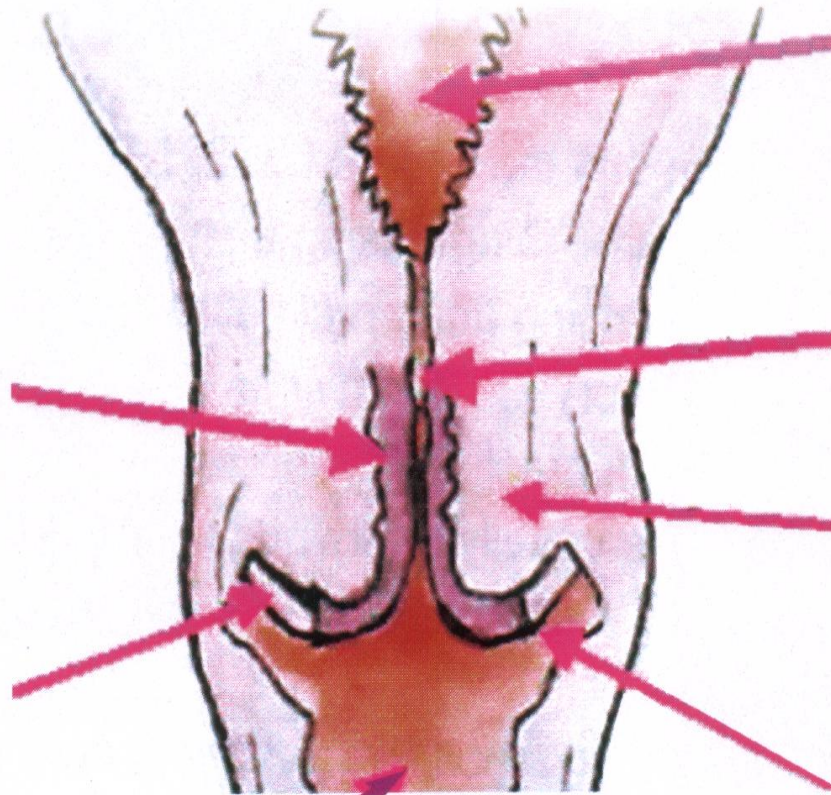
*Γ.Σ.Κουρούνης, Παθολογία κατώτερου γεννητικού συστήματος-Κολποσκόπηση, Αθήνα 2004*

*Pretorius RG, et al, Am J Obstet Gynecol. 2006 Nov*

# ΤΡΑΧΗΛΟΣ

Κυλινδρικό  
επιθήλιο

Πλακώδες  
επιθήλιο



Ενδομήτρια  
κοιλότητα

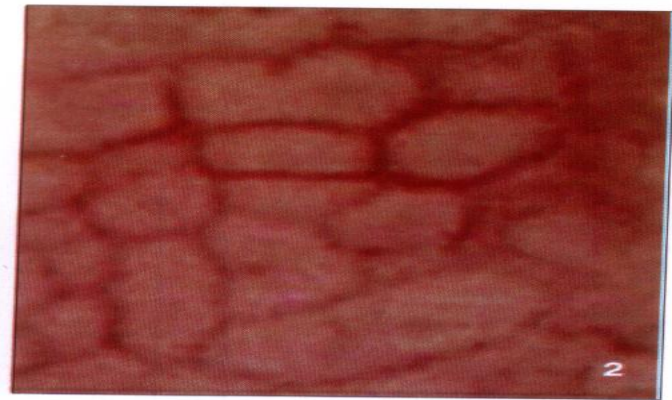
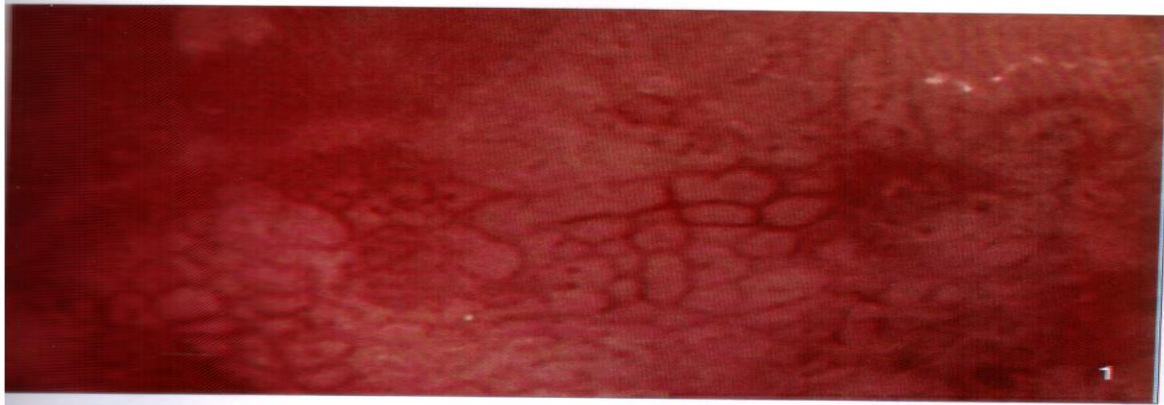
Τραχηλικό  
κανάλι

Τράχηλος

Πλακωδοκυλινδρική  
Ζεύξη

Κόλπος





1. Αδρό μοσαϊκό που υποδηλώνει CIN 3  
2. Σε μεγαλύτερη μεγέθυνση.



Άτυπα αγγεία σε διαθητικούς καρκίνους.

# Φάσμα της τραχηλικής δυσπλασίας

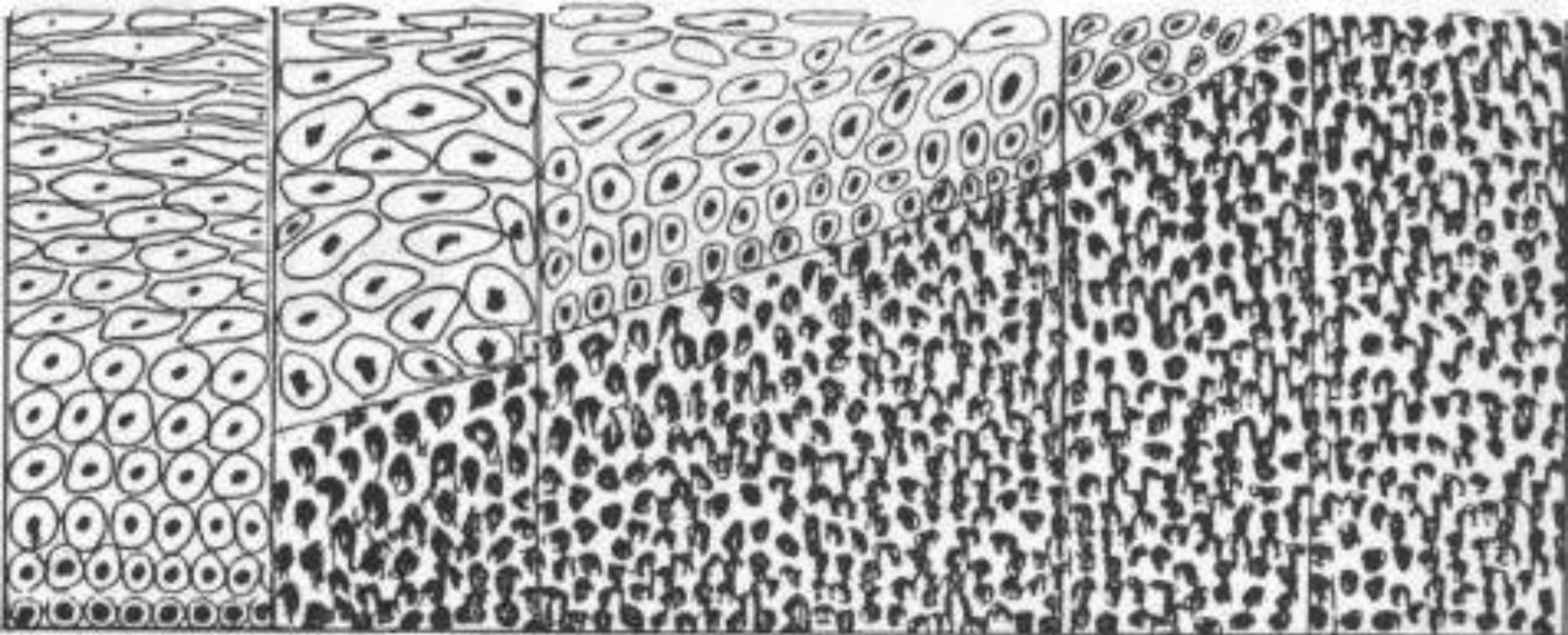
Φυσιολογικός  
ιστός

Ήπια δυσπλασία

μέτρια δυσπλασία

βαριά δυσπλασία

Καρκίνωμα in situ



Σύστημα Παπανικολάου (1954)	Περιγραφικό (1968)	CIN(1968)	Bethesda System (1988)
Ομάδα 1	Αρνητικό για κακοήθη κύτταρα	Αρνητικό	Εντός υγιών ορίων
Ομάδα 2	Φλεγμονώδης ατυπία Πλακώδης ατυπία Κοιλοκυτταρική ατυπία		"Αντιδραστικές" και διορθώσιμες αλλαγές Άτυπα πλακώδη κύτταρα με αμφισβητούμενη σημασία Χαμηλής βαθμίδας SIL. Συμπεριλαμβάνει το κονδύλωμα
Ομάδα 3	Ήπια δυσπλασία  Μέτρια δυσπλασία Σοβαρή δυσπλασία	CIN 1  CIN 2 CIN 3	Χαμηλής βαθμίδας SIL (+το κονδύλωμα)  Υψηλής βαθμίδας HSIL Υψηλής βαθμίδας HSIL
Ομάδα 4	Καρκίνωμα in situ	CIN 3	Υψηλής βαθμίδας HSIL
Ομάδα 5	Διηθητικό καρκίνωμα	Διηθητικό καρκίνωμα	Διηθητικό καρκίνωμα

	Χωρίς Βλάβη	LGSIL	HGSIL	Μικροδ. Ca.
LGSIL	20-25%	35-40%	35-40%	0%
HGSIL	5-8%	15-20%	70-80%	3%

Αντιστοιχία αποτελεσμάτων ανάμεσα στο τεστ Παπανικολάου και την τελική διάγνωση.

	Χωρίς Βλάβη	LGSIL	HGSIL	Μικροδ. Ca.
Χωρίς Βλάβη	40-50%	30-40%	10-20%	0%
LGSIL	15-20%	50-60%	20-30%	0%
HGSIL	2-4%	10-25%	70-85%	3%

Αντιστοιχία αποτελεσμάτων ανάμεσα στην Βιοψία και την τελική διάγνωση

• Εξέλιξη σε καρκίνο ήταν

ASCUS → 0,25%  
 LGSIL → 0,15%  
 HGSIL → 1,44%

• Αυτόματη υποχώρηση στο φυσιολογικό

ASCUS → 68%  
 LGSIL → 47%  
 HGSIL → 35%

	υποχωρεί	παραμένει	διήθηση
CIN I	60%	30%	1%
CIN II	40%	40%	20%
CIN III	33%		> 12%

(Oster 1993)

Ο Meijer και συν. 1997, αναφέρουν ότι οι περισσότερες CIN αλλοιώσεις θα υποχωρήσουν σε 1-2 χρόνια μετά την μόλυνση.

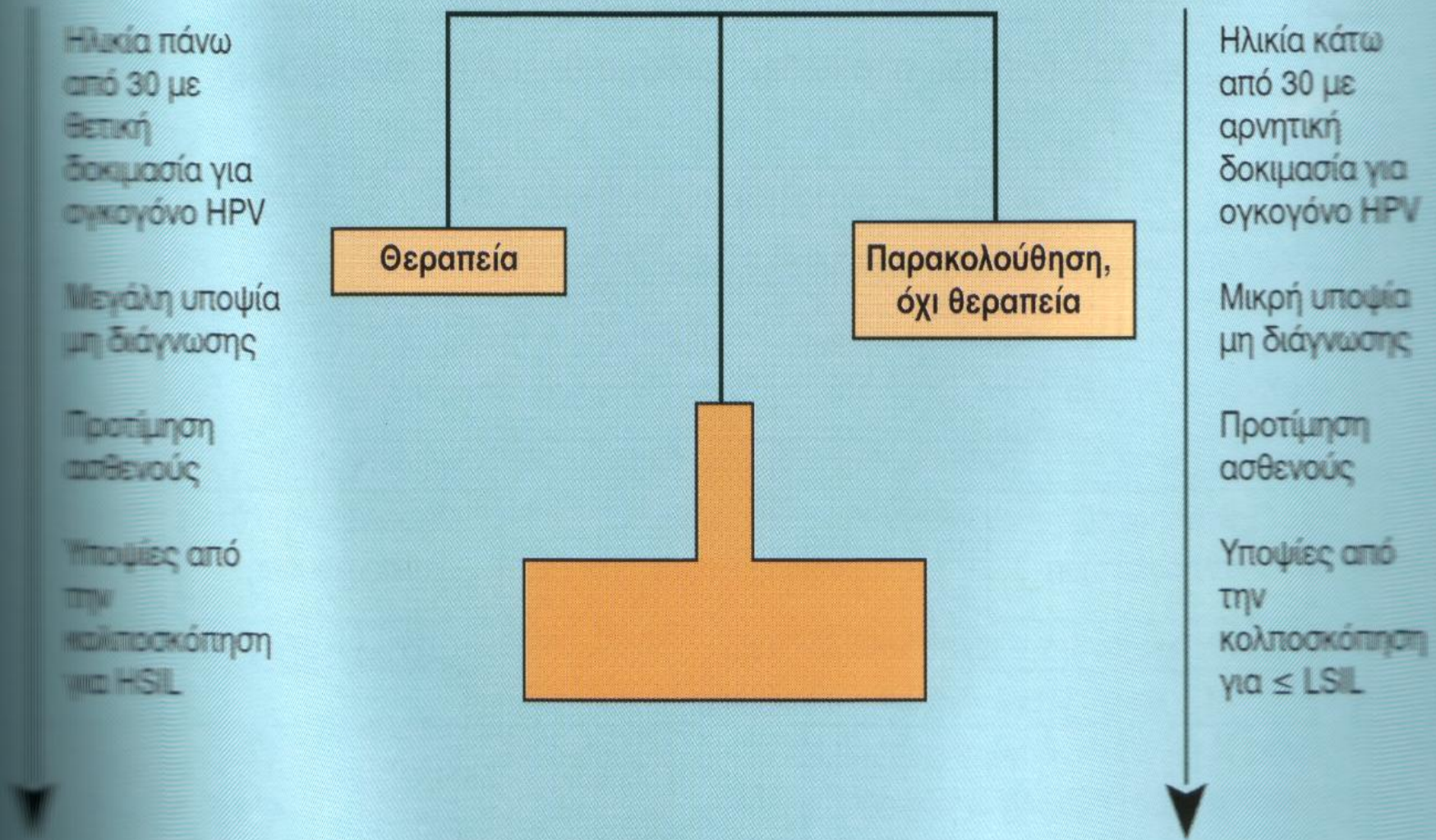
**Χρόνος εξαλλαγής του CIN**

**Στάδια**

**Χρόνια (μέσος όρος)**

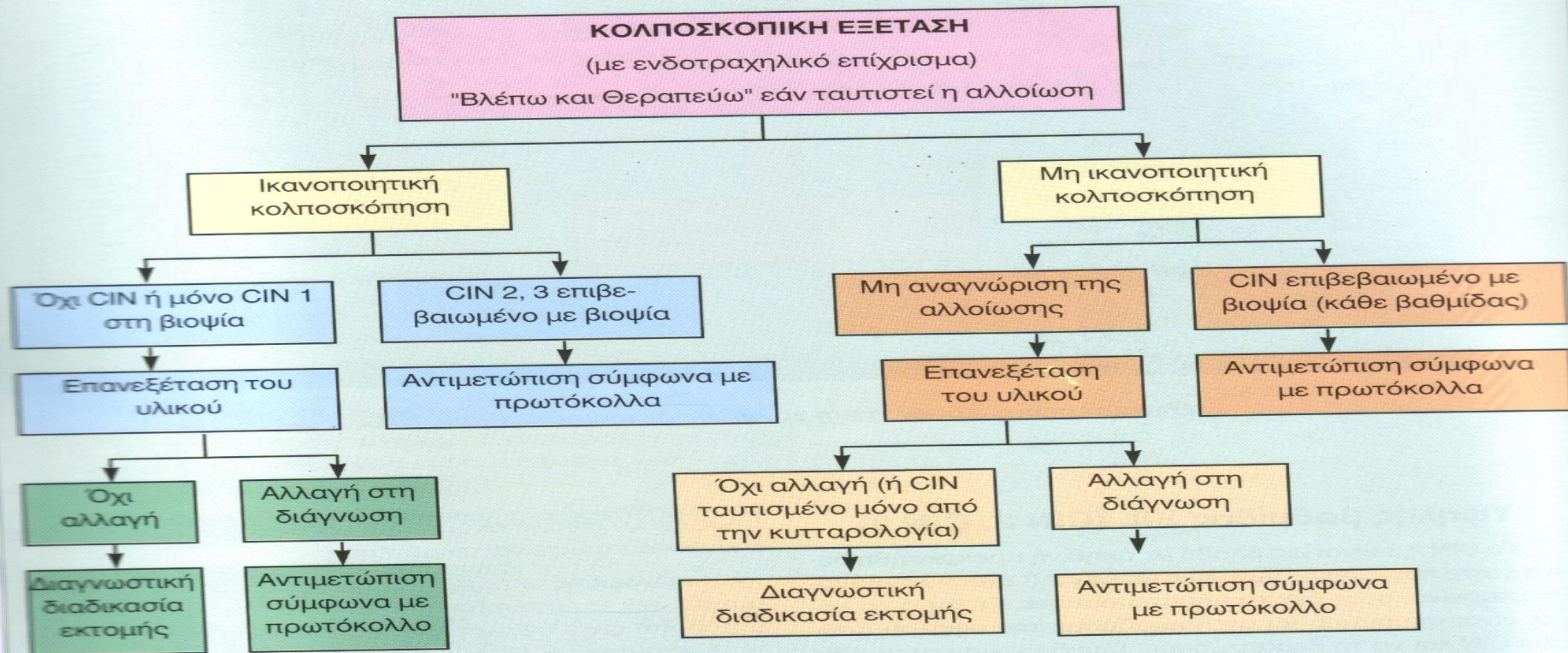
φυσιολογικό προς ελαφρά ή μέτρια δυσπλασία  
 φυσιολογικό προς μέτρια - βαριά δυσπλασία  
 φυσιολογικό προς καρκίνωμα in situ

1,62  
 2,2  
 4,51



Θεραπευτική προσέγγιση χαμηλής διαφοροποίησης SIL.

## Αντιμετώπιση γυναικών με HSIL (υψηλού βαθμού πλακώδεις ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις)



### Συντηρητική θεραπεία για CIN

Μέθοδος	Ποσοστό αποτυχίας
Ηλεκτροκαυτηρίαση	2,7%
Κρυοπηξία	8,7%
Laser	5,6%
Cold Coagulator (CIN 3)	6,8%
Leep	4,3%



# Σταδιοποίηση

---

- Κλινική
- Μη επεμβατικές διαγνωστικές τεχνικές
  - Λεμφαγγειογραφία
  - C.T
  - Υπερηχογραφία
  - MRI
  - PET
  - FNA
- Εγχειρητική σταδιοποίηση
  - Μετεγχειρητική ιστολογική σταδιοποίηση
  - Λαπαροσκοπική σταδιοποίηση



# Κλινική σταδιοποίηση

---

- Προσεκτική κλινική εξέταση από έμπειρο Γυναικολόγο, υπό αναισθησία;
- Όταν υπάρχει αμφιβολία σχετικά με την σταδιοποίηση, τότε κατατάσσεται στο κατώτερο στάδιο
- Η κλινική εξέταση συμπληρώνεται από:
  - Κολποσκόπηση
  - Ενδοτραχηλική απόξεση
  - Υστεροσκόπηση;
  - Κυστεοσκόπηση *Boivin D, Gregoire M. Prog Urol. 2003 Dec*
  - Ορθοσκόπηση
  - Πυελογραφία
  - Ακτινογραφία θώρακα





# Κλινική σταδιοποίηση

---

- Υποψία προσβολής της ουροδόχου κύστης ή του ορθού πρέπει να τεκμηριώνεται με βιοψία
- Η κωνοειδής εκτομή αν είναι απαραίτητη για την διάγνωση, θεωρείται «κλινική σταδιοποίηση»
- Οι υπόλοιπες μη επεμβατικές διαγνωστικές τεχνικές είναι χρήσιμες για τον σχεδιασμό της περαιτέρω αντιμετώπισης, αλλά τα ευρήματά τους δεν πρέπει να επηρεάζουν την κλινική σταδιοποίηση



# Κλινική σταδιοποίηση

- Συχνά η κλινική σταδιοποίηση δεν είναι ακριβής. Τα λάθη **υποσταδιοποίησης** κυμαίνονται από 25% στο στάδιο Ib μέχρι 67% στο στάδιο IVa, και οφείλονται στην μη αναγνώριση, δια της κλινικής εξέτασης, μεταστάσεων στους πνευλικούς και παραορτικούς λεμφαδένες

*Gynecology Oncology Group, Gynecol Oncol, 1980*

- Επίσης ~15% **υπερσταδιοποιείται**, λόγω συνύπαρξης κάποιας καλοήθους νόσου, όπως πνευλική φλεγμονή, ενδομητρίωση ή ινομυώματα

*La Polla et al, Gynecol Oncol, 1986*

**Table 9.1 Carcinoma of the Cervix Uteri: FIGO Nomenclature (Montreal, 1994)**

<b>Stage 0</b>	Carcinoma <i>in situ</i> , cervical intraepithelial neoplasia 3 (CIN 3).
<b>Stage I</b>	The carcinoma is strictly confined to the cervix (extension to the corpus would be disregarded).
IA	Invasive carcinoma that can be diagnosed only by microscopy. All macroscopically visible lesions— with superficial invasion—are allotted to stage IB carcinomas. Invasion is limited to a measured stromal invasion with a maximal depth of 5.0 mm and a horizontal extension of $\leq 7.0$ mm. Depth of invasion should not exceed 5.0 mm from the base of the epithelium of the original tissue— superficial or glandular. The involvement of vascular spaces—venous or lymphatic—should not change stage allotment.
IA1	Measured stromal invasion of $\leq 3.0$ mm in depth and extension of $\leq 7.0$ mm.
IA2	Measured stromal invasion of $> 3.0$ mm and $\leq 5.0$ mm with an extension of $\leq 7.0$ mm.
IB	Clinically visible lesions limited to the cervix uteri or preclinical cancers greater than stage IA.
IB1	Clinically visible lesions $\leq 4$ cm.
IB2	Clinically visible lesions $> 4$ cm.
<b>Stage II</b>	Cervical carcinoma invades beyond the uterus, but not to the pelvic wall or to the lower third of the w
IIA	No obvious parametrial involvement.
IIB	Obvious parametrial involvement.
<b>Stage III</b>	The carcinoma has extended to the pelvic wall. On rectal examination, there is no cancer-free space between the tumor and the pelvic wall. The tumor involves the lower one-third of the vagina. All cases hydronephrosis or a nonfunctioning kidney are included, unless they are known to be due to another c
IIIA	Tumor involves lower one-third of the vagina, with no extension to the pelvic wall.
IIIB	Extension to the pelvic wall or hydronephrosis or nonfunctioning kidney.
<b>Stage IV</b>	The carcinoma extends beyond the true pelvis or involves (biopsy-proven) the mucosa of the bladder or rectum. A bullous edema, as such, does not permit a case to be allotted to stage IV.
IVA	Spread of the growth to adjacent organs.
IVB	Spread to distant organs.

FIGO, International Federation of Gynecology and Obstetrics.

The following "Rules for Classification" are reproduced from the 24th volume of the *Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer* (8).

**Table 9.2 Carcinoma of the Cervix Uteri: Stage Grouping**

<i>FIGO Stage</i>	<i>UICC</i>		
	<i>T</i>	<i>N</i>	<i>M</i>
<b>0</b>	Tis	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
<b>IA1</b>	T <sub>1a1</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
<b>IA2</b>	T <sub>1a2</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
<b>IB1</b>	T <sub>1b1</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
<b>IB2</b>	T <sub>1b2</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
<b>IIA</b>	T <sub>2a</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
<b>IIB</b>	T <sub>2b</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
<b>IIIA</b>	T <sub>3b</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>
<b>IIIB</b>	T <sub>1</sub>	N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>2</sub>	N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>3a</sub>	N <sub>1</sub>	M <sub>0</sub>
	T <sub>3b</sub>	any N	M <sub>0</sub>
<b>IVA</b>	T <sub>4</sub>	any N	M <sub>0</sub>
<b>IVB</b>	any T	any N	M <sub>1</sub>

FIGO, International Federation of Gynecology and Obstetrics; UICC, International Union Against Cancer; T, tumor; N, nodes; M, metastasis.



# Λεμφαγγειογραφία

---

- **Ιστορία**
- Ακρίβεια=84,8%
- Ψευδώς θετική=32% (Λιπώδης εκφύλιση, ίνωση, περιαδενίτιδα)
- Ψευδώς αρνητική=10%

*Hacker & Berek, 1987*



## C.T.

---

- Απεικονίζει τους λεμφαδένες, το ήπαρ, το ουροποιητικό και τα οστά
- Λεμφαδένες > 1-1,5 cm θεωρούνται θετικοί
- Ακρίβεια=84,4%
- Ψευδώς Θετική=21%
- Ψευδώς Αρνητική=13%

*Bandy et al, Obstet Gynecol, 1985*



# Υπερηχογραφία

---

- Αδυναμία αξιόπιστης απεικόνισης λεμφαδένων  
*Sommer et al, J Reprod Med 1982*



# MRI

- Υπερτερεί της C.T. στην απεικόνιση:
  - του μεγέθους του όγκου
  - Του βάθους διήθησης
  - Της επέκτασης στον κόλπο
  - Της επέκτασης στα παραμήτρια
  - Των λεμφαδενικών μεταστάσεων

	<b>MRI</b>	<b>C.T.</b>	
<b>Ακρίβεια</b>	90%	65%	P<0,005
<b>Διήθηση παραμητρίων</b>	94%	76%	P<0,005

*Choi et al, Am J Roentgenol. 2006 Nov*

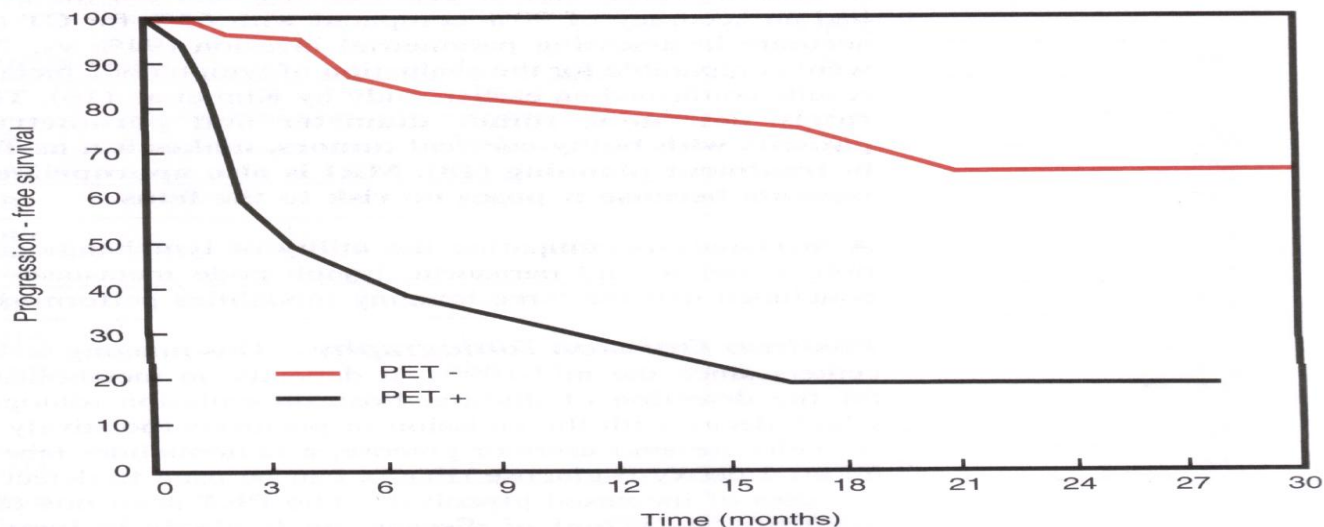


# PET (Positron Emission Tomography)

- Πλεονεκτεί στην απεικόνιση της έκτασης της νόσου, ιδιαίτερα στους λεμφαδένες, και στην εντόπιση απομακρυσμένων μεταστάσεων

*Grigsby et al, J Clin Oncol, 2001*

*Chung et al, Gynecol Oncol. 2006 Oct*





## FNA (Fine Needle Aspiration)

---

- Καθοδήγηση από C.T. ή υπέρηχο
- Τοπική αναισθησία
- Ακρίβεια 95%
- Αξιολογείται το θετικό αποτέλεσμα για τον σχεδιασμό της θεραπείας

*McDonald et al, Obstet Gynecol, 1983*



# Εγχειρητική σταδιοποίηση (πυελική και παραορτική λεμφαδενεκτομία)

---

- Λαπαροτομία σταδιοποίησης (Διαπεριτοναϊκή ή Εξωπεριτοναϊκή)
- Λαπαροσκοπική σταδιοποίηση
- Οι ασθενείς με θετικούς παραορτικούς λεμφαδένες υποβαλλόταν σε ακτινοθεραπεία με πιο εκτεταμένο πεδίο
- Η συνολική επιβίωση και η επιβίωση ελεύθερη νόσου υστερούσαν έναντι της κλινικής σταδιοποίησης και έτσι αυτή έχει σχεδόν εγκαταλειφθεί

*Lai et al, Gynecol Oncol, 2003*

*Mota F, De Oliveira C. Eur J Gynaecol Oncol. 2006*

# Λαπαροσκοπική σταδιοποίηση Λεμφαδένας φρουρός

Table 20.2 Sentinel Node Detection for Patients with Cervical Cancer

<i>Reference</i>	<i>Number of Patients</i>	<i>Percent with Sentinel Nodes</i>	<i>Sensitivity</i>	<i>Negative Predictive Value</i>	<i>Detection Method</i>
Dargent et al. 2000 (43)	35	NS	85	100	Blue dye
Lantsch et al. 2001 (44)	14	93	100	100	Technetium 99m
Waller et al. 2001 (45)	50	78	83	97	Blue dye
	50	100	100	100	Blue dye plus tech
Levenback et al. 2002 (46)	30	100	87.5	97	Tech plus blue dye
Haist et al. 2003 (47)	25	100	89	90	Tech plus blue dye
Lambaudie et al. 2003 (48)	12	100	66	90	Tech plus blue dye

NS, not stated.



# HPV εμβόλια

## Προληπτικά εμβόλια

<i>Σε προχωρημένη ανάπτυξη</i>	<i>Ορότυποι που στοχεύουν</i>	<i>Εταιρεία παραγωγής</i>	
<b>Τετραδύναμο L1 VLP</b>	<b>6, 11,16, 18</b>	<b>Sanofi Pasteur MSD (Merck &amp; Co.)</b>	
<b>Διδύναμο L1 VLP</b>	<b>16, 18</b>	<b>GSK/MedImmune</b>	



# Νέα εποχή στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου

---

- Συνεπώς η πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου είναι πλέον γεγονός
- Η δευτερογενής πρόληψη (πρώιμη ανίχνευση) δεν είναι πια το μόνο μας όπλο
- Ο στόχος τώρα είναι η «διαχείριση» της Υγείας αντί της «διαχείρισης» της νόσου
- Ο εμβολιασμός έναντι του καρκίνου του τραχήλου αποτελεί μια μεγάλη επιστημονική καινοτομία: Αυτό που αποτελούσε όνειρο κάποια χρόνια πριν ,είναι τώρα πραγματικότητα
- Η Πρόκληση του σήμερα είναι πώς θα εφαρμοστεί με επιτυχία και χωρίς καθυστέρηση η καινούρια αυτή καινοτομία για τον καρκίνο του τραχήλου

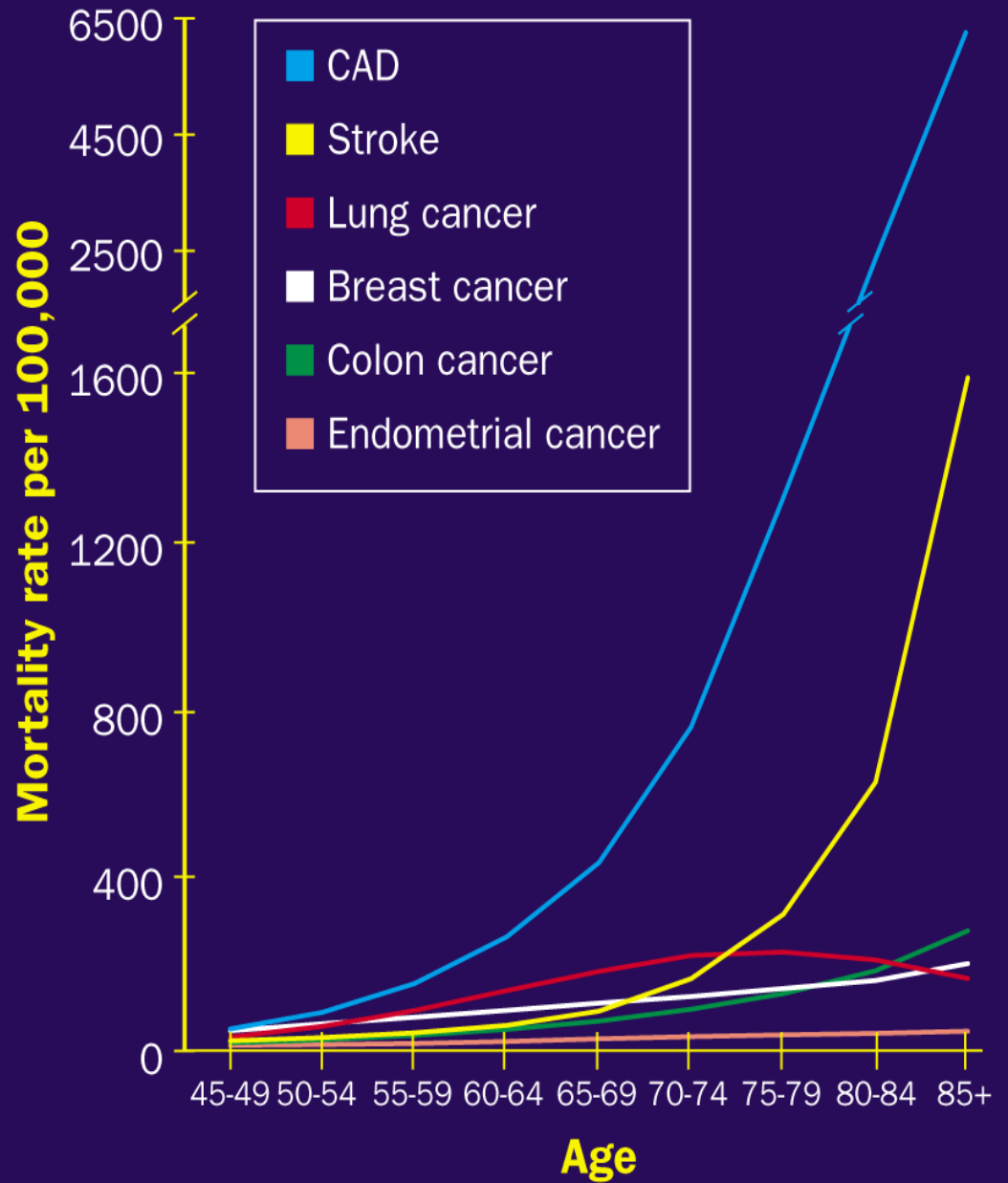


# Η αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

---

- Η αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας περιλαμβάνει:
  - Χειρουργική αντιμετώπιση
  - Ακτινοθεραπεία
  - Χημειοθεραπεία
  - Επανεένταξη
  - Παρηγορητική θεραπεία
- Ο προχωρημένος καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, όπου έχουν προσβληθεί και γειτονικά όργανα, είναι δύσκολο να αντιμετωπισθεί και παρουσιάζει ένα υψηλό ποσοστό θνησιμότητας

# Mortality Rates in Women







# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ- ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

---

- Αναπτυγμένες χώρες:
  - 2ος σε συχνότητα καρκίνος του γεννητικού συστήματος, μετά τον μαστό
  - 4ος σε συχνότητα καρκίνος στη γυναίκα
  - Διπλάσια συχνότητα από τον καρκίνο των ωοθηκών και τριπλάσια από τον καρκίνο του τραχήλου
- Υπεύθυνος μόνο για το 2% των θανάτων από γυναικολογικούς καρκίνους!!
- Πρώιμη διάγνωση
  - Ανώμαλη κολπική αιμορραγία
  - 78% διάγνωση στο στάδιο I
- 75% των περιπτώσεων μετά την εμμηνόπαυση (55-61 ετών)



# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ-ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

---

- Οιστρογόνα X 8
- Η προγεστερόνη προστατεύει
- Παχυσαρκία X 3-10
- Υπέρταση X 2,8
- Καθυστερημένη εμμηνόπαυση X 2,4
- Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών X 2
- Άτοκες X 2-3
- Σακχαρώδης διαβήτης X 2,7
- Διαιτητικοί παράγοντες
- Ταμοξιφένη X 2,3



# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ-ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

---

- Βιοψία
  - Διαγνωστική απόξεση
  - Υστεροσκόπηση



# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ- ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

---

- ΗΠΑ:
  - 4% των καρκίνων στις γυναίκες και το 25% των γυναικολογικών καρκίνων
  - 5% των θανάτων γυναικών από καρκίνο και το 50% των θανάτων από γυναικολογικούς καρκίνους
- 75% διαγιγνώσκεται στο στάδιο III & IV
- Συχνότητα=1/70 γυναίκες ή 1,4%



# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΩΝ ΩΘΗΚΩΝ-ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

---

- Γενετικοί παράγοντες
  - 1 συγγενής **1ου βαθμού** ~ 5%
  - 2 συγγενείς **1ου βαθμού** ~ 7%
  - > 2 συγγενείς **1ου βαθμού** ~ 50%
- Άτοκες
- Talk
- Διαιτητικοί παράγοντες
- Ο θηλασμός προστατεύει
- Τα αντισυλληπτικά προστατεύουν



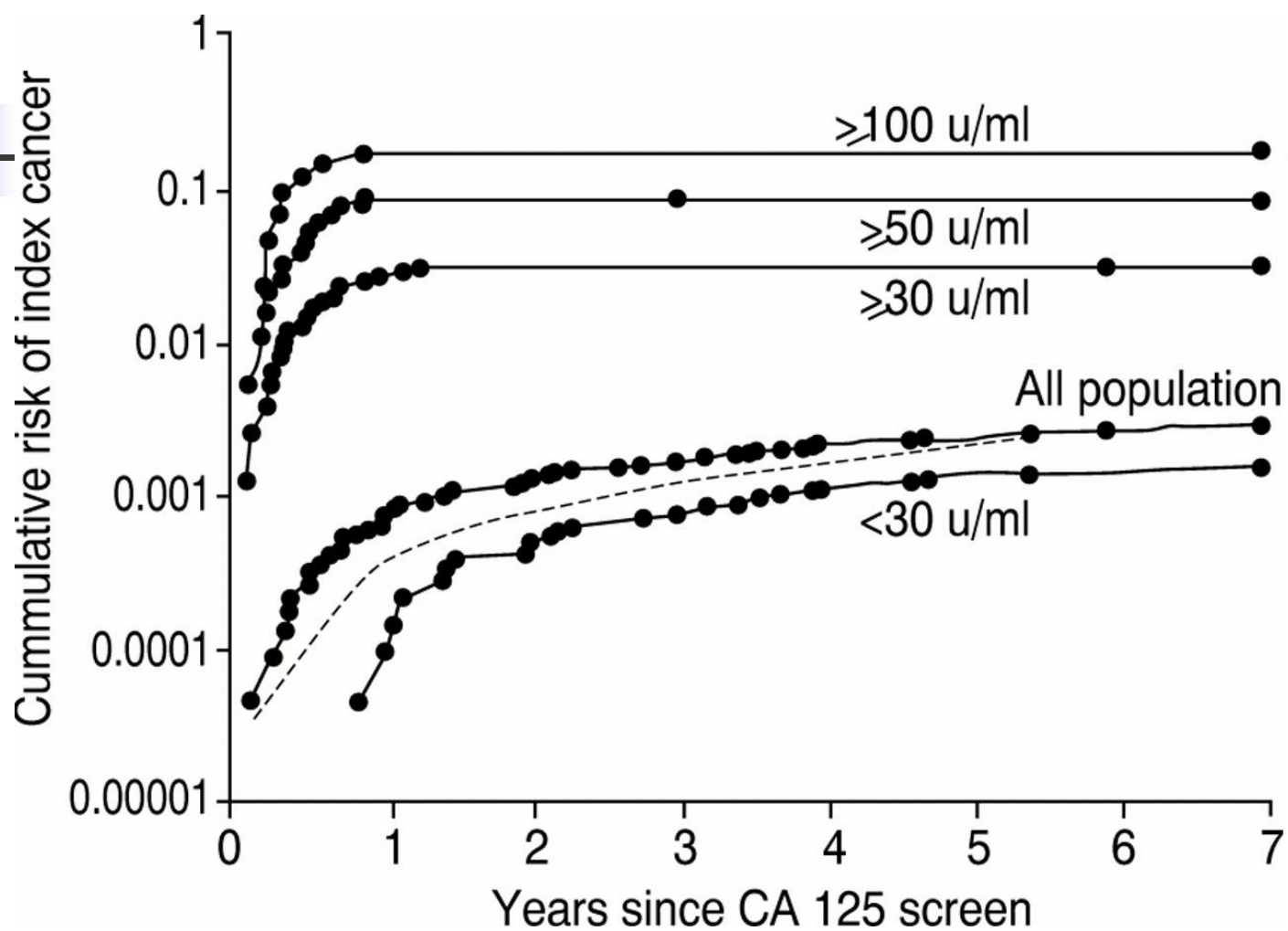
# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ-ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

---

- Ετήσια γυναικολογική εξέταση
- Διακολπικό υπερηχογράφημα
- CA-125

*Adonakis et al, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1996*

**Fig 1--Cumulative risk of developing index cancer (primary epithelial cancer of ovary or fallopian tube) after serum CA 125 screen. The dotted line represents expected cumulative risk in unscreened population of same age distribution**



Jacobs, I. J et al. BMJ 1996;313:1355-1358



# Ιστολογική Ταξινόμηση Των Ωοθηκικών Νεοπλασμάτων

---

- Νεοπλάσματα προερχόμενα από το σπλαγγνικό επιθήλιο
  - Ορώδεις όγκοι (42%)
  - Βλεννώδεις όγκοι (12%)
  - Ενδομητριοειδείς όγκοι (15%)
  - Μεσονεφρικής προέλευσης (διαυγοκυτταρικός) (6%)
  - Όγκος του Brenner
  - Αδιαφοροποίητο καρκίνωμα (17%)
  - Καρκινοσάρκωμα
  - Μικτός μεσοδερμικός όγκος



# Ιστολογική Ταξινόμηση Των Ωοθηκικών Νεοπλασμάτων

- Νεοπλάσματα προερχόμενα από τα γεννητικά κύτταρα
  - Τεράτωμα
    - Ώριμο
      - Συμπαγές τεράτωμα των ενηλίκων
      - Δερμοειδής κύστη
      - Struma ovarii
      - Κακοήθη νεοπλάσματα προερχόμενα από ώριμο κυστικό τεράτωμα
    - Ανώριμο
  - Δυσγερμίνωμα
  - Εμβρυϊκό καρκίνωμα
  - Ενδοδερμικός όγκος
  - Χοριοκαρκίνωμα
  - Γοναδοβλάστωμα



# Ιστολογική Ταξινόμηση Των Ωοθηκικών Νεοπλασμάτων

---

- Νεοπλάσματα προερχόμενα από το στρώμα
  - Όγκοι από τα κοκκώδη κύτταρα και από την θήκη
    - Όγκος από κοκκώδη κύτταρα
    - Θήκωμα
  - Όγκοι από τα κύτταρα του Sertoli και του Leydig
    - Αρρενοβλάστωμα
    - Όγκος από κύτταρα του Sertoli
  - Γυνανδροβλάστωμα
  - Όγκοι από λιπώδη κύτταρα

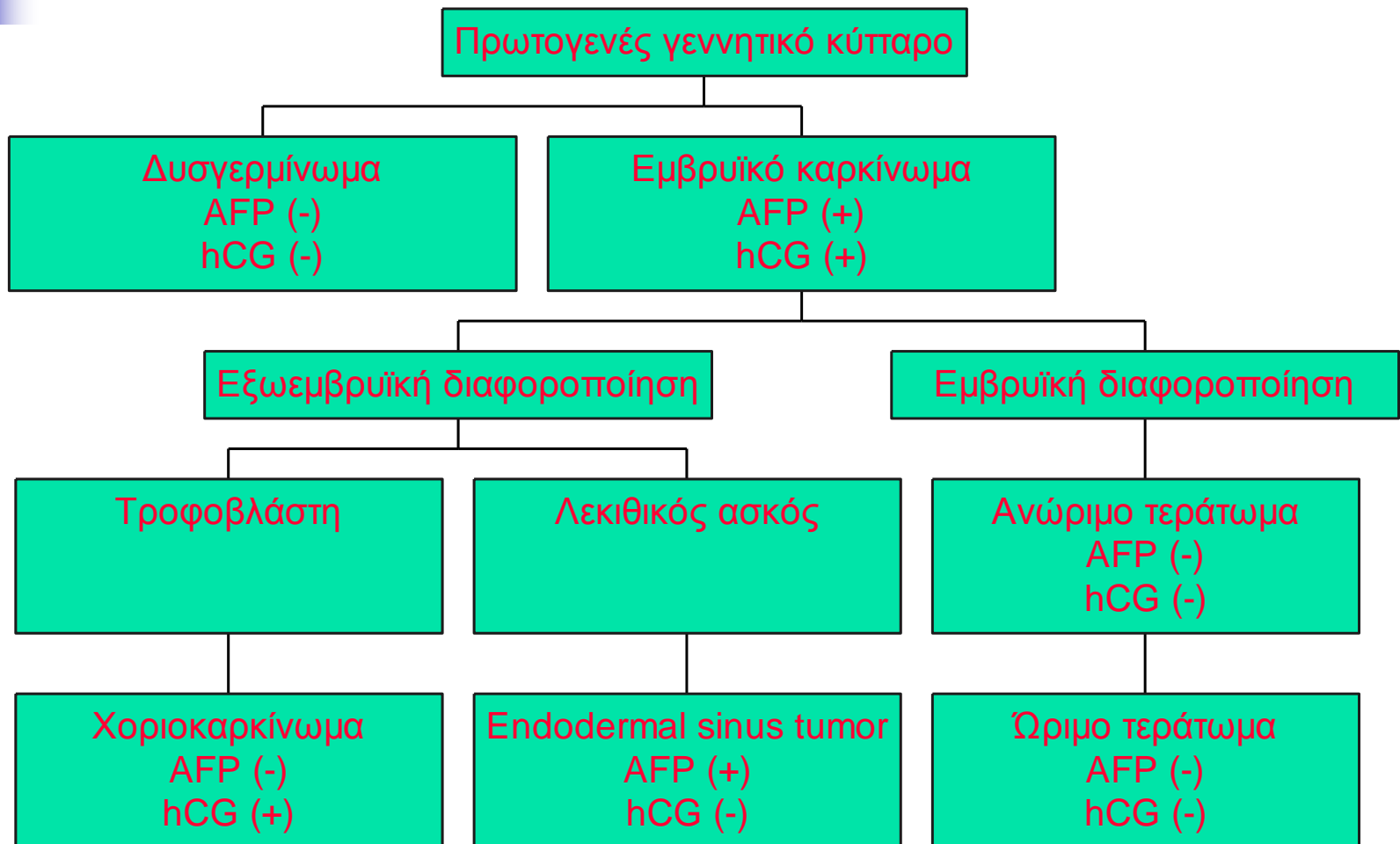


# Ιστολογική Ταξινόμηση Των Ωοθηκικών Νεοπλασμάτων

---

- Νεοπλάσματα μεσεγχυματικής προέλευσης
  - Ίνωμα
  - Αιμαγγείωμα
  - Λειομύωμα
  - Λίπωμα
  - Λέμφωμα
  - Σάρκωμα
- Μεταστατικά
  - Γαστρεντερικό (Krukenberg)
  - Μαστός
  - Ενδομήτριο
  - Λέμφωμα

# Κακοήθεις όγκοι εκ γεννητικών κύτταρων και καρκινικοί δείκτες



# Επιδημιολογία

- Αποτελεί το 23% των γυναικολογικών καρκίνων
- Ευθύνεται για το 47% των θανάτων από γυναικολογικό καρκίνο
- Συχνότητα 12/1000 γυναίκες > 40ετών

<b>Τύπος</b>	<b>&lt;20</b>	<b>20-50</b>	<b>&gt;50</b>
<b>Επιθηλιακός</b>	29%	71%	81%
<b>Από τα γεννητικά κύτταρα</b>	59%	14%	6%
<b>Από το στρώμα</b>	8%	5%	4%
<b>Μεσεγχυματικής προέλευσης</b>	4%	10%	9%

# Προδιαθεσικοί παράγοντες

- Οικογενής επιβάρυνση
  - Site-Specific Familial Ovarian Cancer
  - Breast/Ovarian Familial Cancer Syndrome
  - Lynch II Syndrome (παχέως εντέρου, ενδομητρίου, ωοθηκών)
- Περιβάλλον («ιαπωνικό παράδειγμα»)
- Αριθμός ωοθυλακιορηξιών
  - «Πρώιμη» εμμηναρχή-Καθυστερημένη εμμηνόπαυση
  - Ολιγοτοκία-Ατοκία
  - Υπογονιμότητα
  - Πρόκληση Ωοθυλακιορηξίας;
- Ταlc?-Άμυλο;
- Ιός παρωτίτιδας;
- Κάπνισμα;
- Λευκή φυλή;



# Προστατευτικοί παράγοντες

---

- Μείωση του αριθμού των ωοθυλακιορηξιών
  - **Αντισυλληπτικά δισκία**
  - **Θηλασμός**
  - Πολυτοκία
- Ακεταμινοφένη;
- Ασπιρίνη;



# Οικογενής επιβάρυνση

---

- **Η οικογενής επιβάρυνση ευθύνεται μόνο για το 5% των περιπτώσεων!**

*Ponder et al 1990*

- Αυτοσωματικός επικρατών χαρακτήρας
- Αυξημένος κίνδυνος για τις συγγενείς 1ου βαθμού





# Υπεύθυνα γονίδια

---

- Site-specific familial ovarian cancer
- Breast/ovarian familial cancer syndrome



Μεταλλάξεις των BRCA1 & BRCA2 γονιδίων που εντοπίζονται στο 17q και στο 13q12 χρωμόσωμα αντιστοίχως

- Lynch II Syndrome



Μεταλλάξεις σε γονίδια «επανορθωτικά» του DNA (MSH2, MLH1, PMS1, PMS 2)



# Κίνδυνος οικογενούς καρκίνου των ωοθηκών

---

- Το 14% των περιπτώσεων του καρκίνου των ωοθηκών που διαγιγνώσκονται σε γυναίκες 30-39 ετών είναι οικογενείς ενώ, μόνο το 7% εκείνων που διαγιγνώσκονται σε γυναίκες 50-59 ετών.
- Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου των ωοθηκών σε φορείς μεταλλάξεων του BRCA1 ή 2 είναι 10% στην ηλικία των 60 ετών και 27% στην ηλικία των 80 ετών.
- Οι φορείς έχουν 15/πλάσιο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου των ωοθηκών από τους μη φορείς της ίδιας ηλικίας.
- Σε γυναίκες φορείς μεταλλάξεων του BRCA1 ή 2 που εμφάνισαν καρκίνο του μαστού ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών είναι 10 πλάσιος.



# Στρατηγική αντιμετώπισης των γυναικών υψηλού κινδύνου

---

- Έλεγχος των πασχουσών (αν είναι δυνατόν) από καρκίνο ωοθηκών ή μαστού προς διαπίστωση αν είναι ή όχι φορείς μεταλλάξεων του BRCA1 ή 2. Επί θετικού αποτελέσματος έλεγχος των συγγενών 1ου βαθμού.
- Στις φορείς:
  - Ετήσιος έλεγχος με κοιλιακό υπερηχογράφημα + CA-125.
  - Αντισυλληπτικά.
  - Προφυλακτική ωοθηκεκτομία;



# Καρκίνος ωοθηκών

---

# Καρκίνος ωοθηκών

---

**21000 νέες περιπτώσεις ετησίως**

**13000 θάνατοι ετησίως-USA 1994**

---

**27% των κακοηθειών του γεννητικού συστήματος**

**47% των θανάτων από κακοήθεια του γεννητικού συστήματος**

# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΩΟΘΗΚΩΝ

1. Όργανο ελεύθερο στη περιτοναϊκή κοιλότητα
2. Ταχεία λεμφαδενική διασπορά στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο
3.  $\cong$  65% είναι St III & IV

# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΩΟΘΗΚΩΝ

- Νόσος ασυμπτωματική στα αρχικά στάδια
- Νόσος κυρίως ενδοπεριτοναϊκής διασποράς
- Νόσος χωρίς δυσμενή επίδραση στη λειτουργία των ενδοκοιλιακών οργάνων
- Νόσος χειρουργικά εξαιρέσιμη
- Νόσος με υψηλή ευαισθησία στη χημειοθεραπεία

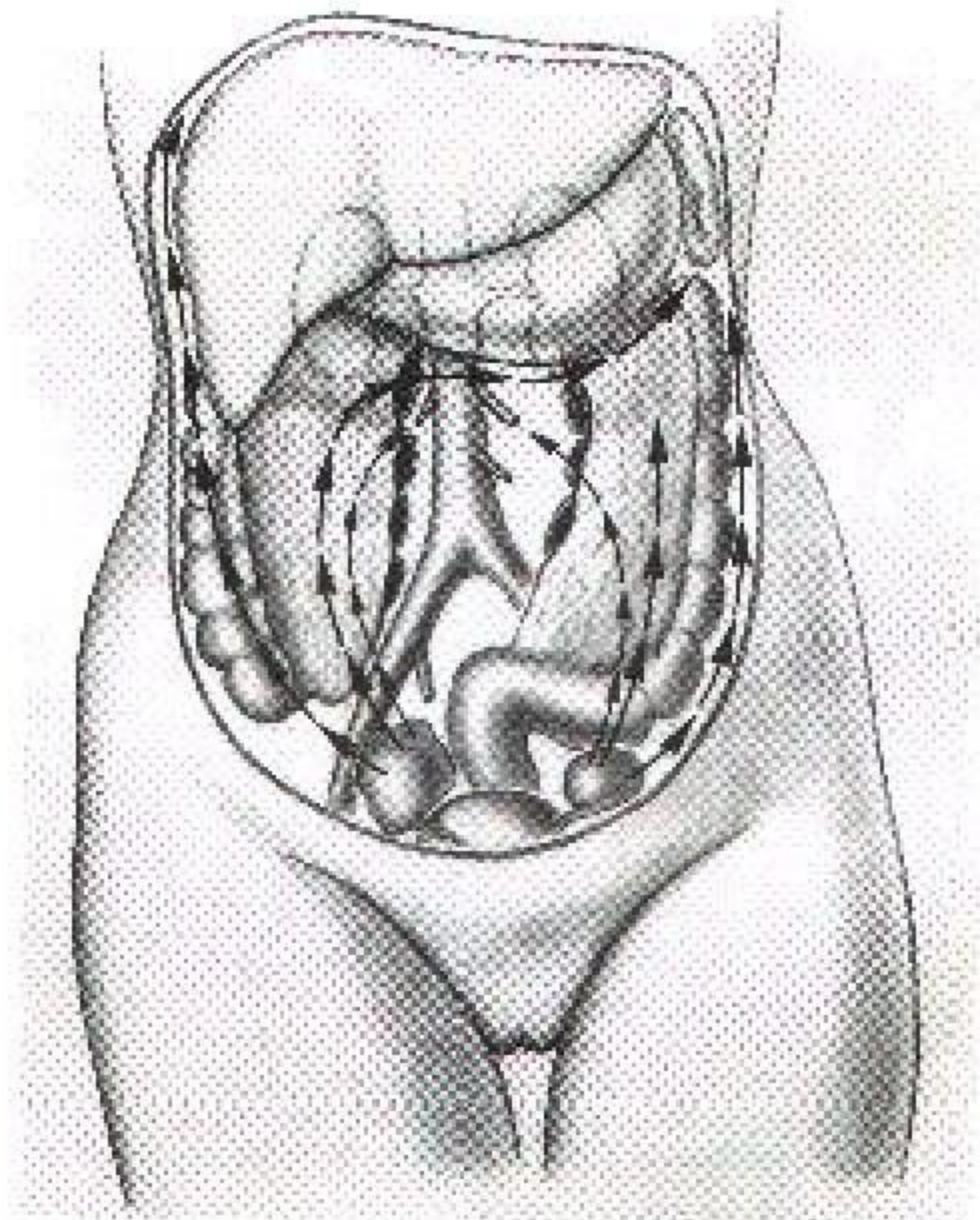
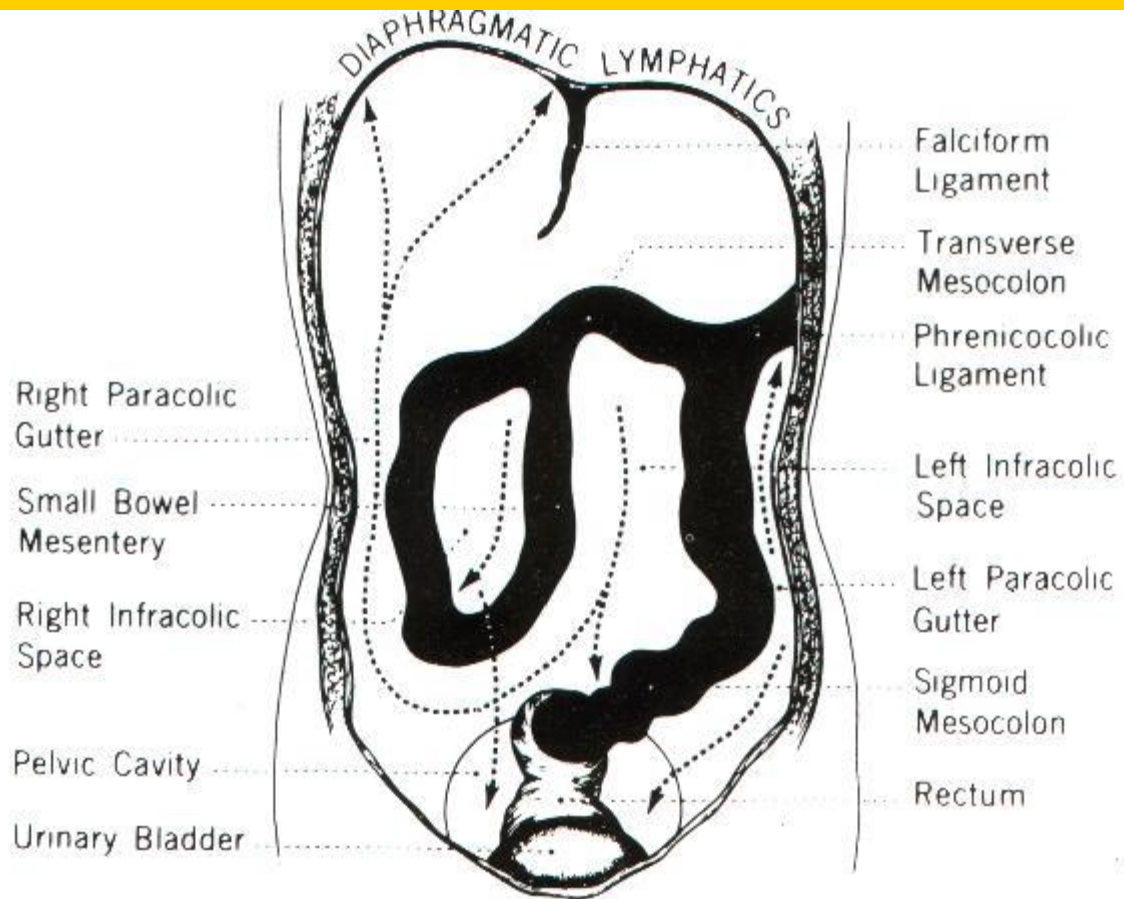
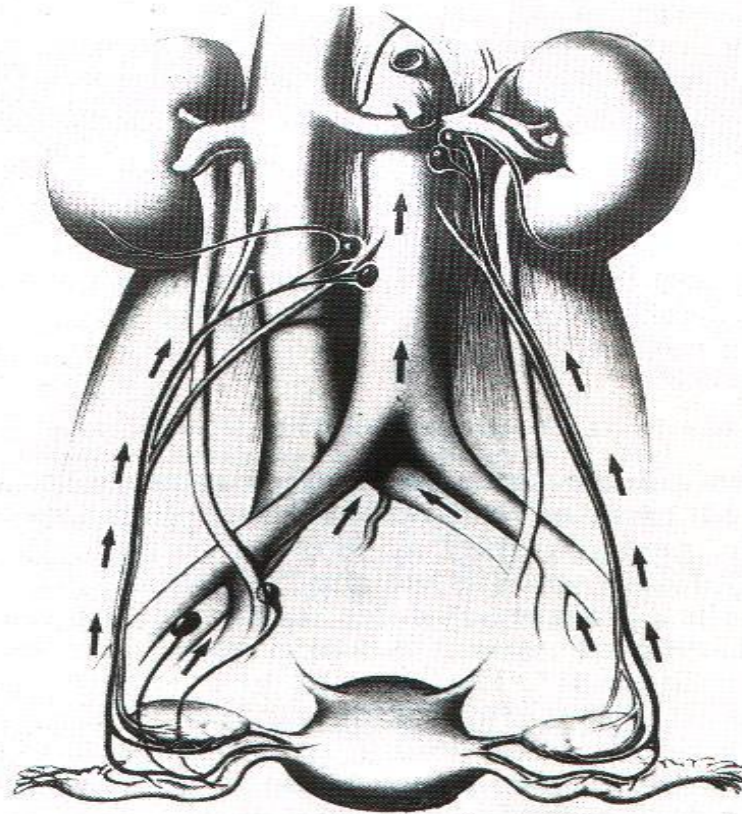


Figure 1. Circulation of ovarian tumour cells inside the peritoneal cavity. From Savin (1988).





**Figure 1.** The circulation of the peritoneal fluid (after Averette et al, 1983).



**Figure 6.** Pathways of the lymphatic spread of ovarian cancer in the retroperitoneum (after Plentl and Friedman, 1971).



# Καρκίνος ωοθηκών

## Διήθηση λεμφαδένων σε σχέση με το στάδιο

---

Στάδιο :	I	8-14%
	II	20-22%
	III-IV	55-64%

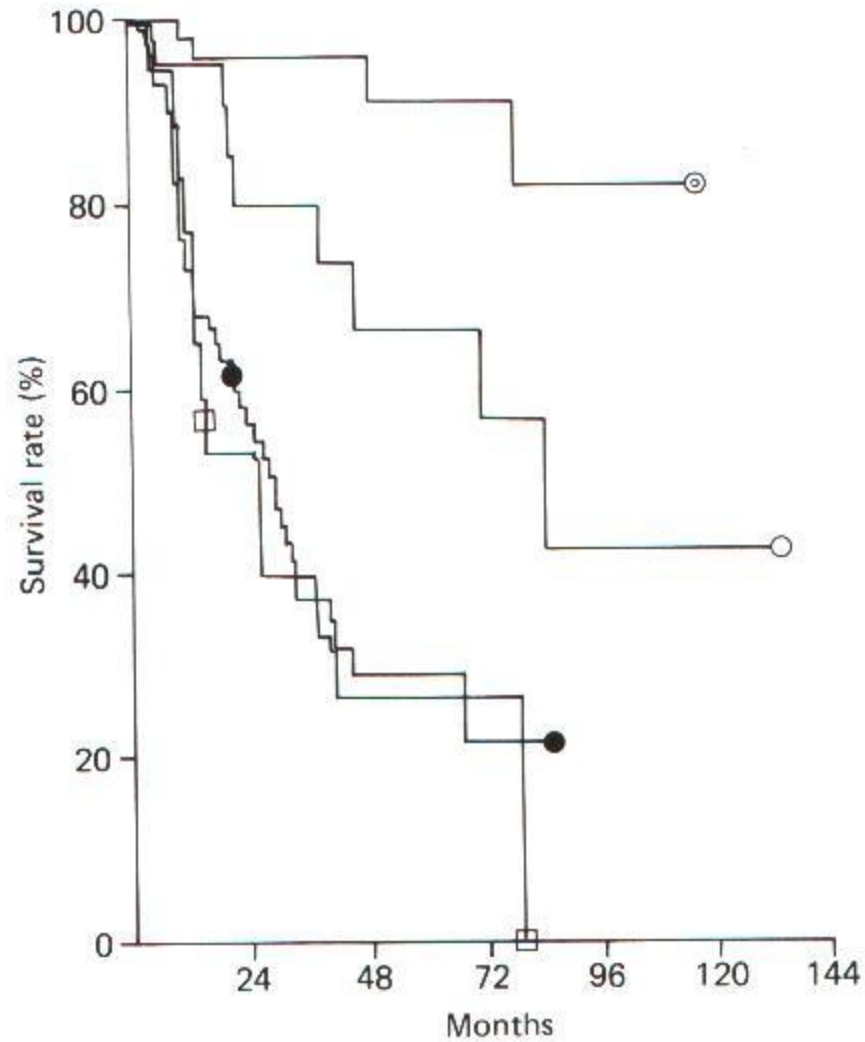
# Καρκίνος ωοθηκών

## Κατανομή σταδίων-5ετής επιβίωση

Στάδιο	% ασθενείς	5ετής επιβίωση
I	22%	78%
II	11%	52%
III	58%	26%
IV	9%	5%

33% (I + II)  
67% (III + IV)

FIGO, 1994



**Figure 2.** FIGO stage and Kaplan-Meier survival curves. ⊙ = Stage I ( $n = 66$ ); ○ = Stage II ( $n = 28$ ); ● = Stage III ( $n = 56$ ); □ = Stage IV ( $n = 21$ ).



# Καρκίνος ωοθηκών

## Προεγχειρητικός έλεγχος

Εξέταση	Παθολογική %
Υπέρηχοι	84
Αξονική τομογραφία	80
Διάβαση εντέρου	22
Ενδοφλέβιος πυελογραφία	14
Α/α θώρακος	7
Pap- test	4
Νεοπλασματικοί δείκτες	



# Καρκίνος ωοθηκών

## Βασικοί Προγνωστικοί Παράγοντες

**Στάδιο I : Grade**

**Ιστολογικός τύπος**

**Στάδιο II : Grade**

**Ιστολογικός τύπος**

**Υπολειπόμενη νόσος**

**Στάδιο III : Υπολειπόμενη νόσος**



# Καρκίνος ωοθηκών

## Εγκαιρή διάγνωση και screening

- CA 125           ?
- U/S                ?

**Table 3. CONDITIONS THAT ELEVATE CA-125**

---

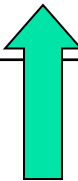
Epithelial ovarian cancer  
Endometrial cancer  
Gastrointestinal malignancy  
Breast cancer  
Pregnancy  
Uterine leiomyomata  
Pelvic inflammatory disease  
Luteal phase of menstrual cycle  
Endometriosis  
Liver failure

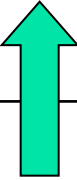
---

*From Piver MS, Hempling RE: Etiology and screening of ovarian cancer. In Thompson JD, Rock JA (eds): TeLinde's Operative Gynecology Update. Philadelphia, JB Lippincott, 1993, pp 1-13; with permission.*

# Καρκίνος ωοθηκών

## Σχέση CA 125 με στάδιο και ιστολογικό τύπο

	<b>Στάδιο I</b>	<b>Στάδιο II</b>	<b>Στάδιο III</b>	<b>Στάδιο IV</b>
CA 125 	50%	82%	90%	92%

	<b>Ορώδες</b>	<b>Βλεννώδεις</b>	<b>Ενδομητριοειδείς</b>	<b>Εκ διαυγών κυττάρων</b>
CA 125 	80%	52%	75%	72%

**Table 8. STAGE I OVARIAN CANCER DETECTED BY CA-125**

<b>Author</b>	<b>Year</b>	<b>No. of Patients</b>	<b>Stage I Ovarian Cancer</b>
Einhorn et al <sup>25</sup>	1990	5500	2
Oram et al <sup>69</sup>	1990	20,000	5
Jacobs et al <sup>40</sup>	1988	1010	1
Zurawaski et al <sup>106</sup>	1988	100,000	15

*From Piver MS, Hempling RE: Etiology and screening of ovarian cancer. In Thompson JD, Rock JA (eds): TeLinde's Operative Gynecology Update. Philadelphia, JB Lippincott, 1993, pp 1-13; with permission.*

**Table 1.** Ovarian cancer: FIGO stages I and II.

---

Stage I	Growth limited to ovaries
Ia	Tumour in one ovary; no ascites; capsule intact; no tumour on surface
Ib	As in Ia, but tumour in both ovaries
Ic	Tumour either as in Ia or Ib, but ascites with cancer cells, or capsule ruptured, or tumour on surface, or possibly in peritoneal washings
Stage II	Growth on one or both ovaries with pelvic extension
IIa	Extension or metastasis to uterus or fallopian tubes
IIb	Extension to other pelvic organs
IIc	Tumour either IIa or IIb, but with findings as in Ic.

---

**Table 2.** Ovarian cancer: FIGO stages III and IV.

---

Stage III	Tumour in one or both ovaries with peritoneal implants outside the pelvis, or retroperitoneal node metastasis
IIIa	Tumour grossly limited to the true pelvis; negative nodes, but microscopic implants on abdominal peritoneal surfaces
IIIb	As in IIIa, but abdominal implants are $\leq 2$ cm in diameter
IIIc	Abdominal implants $> 2$ cm, +/- retroperitoneal lymph node metastasis
Stage IV	Tumour involving one or both ovaries with distant metastasis—e.g., malignant pleural fluid, parenchymal liver metastasis

---

- **Surgical resection of tumor bulk in the primary treatment of ovarian carcinoma**  
**Griffiths C.T. (1975)**  
**Natl.Canc.Inst.Monogr. 42:101 - 104**



**Role of cytoreduction surgical treatment  
in the management of advanced ovarian  
carcinoma**

**Griffiths C.T. (1975) Cancer Treatment  
Reports 63:235 - 240**

**ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗ ΝΟΣΟΣ  
(RESIDUAL DISEASE)**

# Primary Cytoreductive Surgery (Ovarian Cancer)

## Residual Disease

<b>Complete Cytoreduction</b>	<b>0</b>
<b>Optimal Cytoreduction</b>	<b>&lt; 1,5 cm</b>
<b>Suboptimal Cytoreduction</b>	<b>&gt; 1,5 cm</b>

**A mathematic model for relating the drug sensitivity of tumors to their spontaneous mutation rate.**

**Goldie J.H. and Goldman J.A. (1979)  
Cancer Treatment Reports 63 : 1727**



---

**Φυσική – Επίκτητος ανοσία  
καρκινικού κυττάρου**



# Καρκίνος ωοθηκών

## Ανθεκτικότητα καρκινικού κυττάρου

### στη χημειοθεραπεία

---

- Φυσική
  - Επίκτητη :Ο αριθμός των ανθεκτικών κυτταρικών κλώνων είναι ανάλογος προς το μέγεθος του νεοπλασματικού όγκου
- 

Coldie & Goldman- 1979

# Καρκίνος ωοθηκών

## Υπολειπόμενη νόσος και επιβίωση

Επιβίωση % σε έτη

Υπολειπόμενη νόσος	1 έτος	3 έτη	5 έτη
0	96	77	72
< 2cm	87	56	36
> 2cm	82	34	16

# **ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΩΟΘΗΚΩΝ**

## **(St III – IV)**

---

- 1. Αρχική Κυτταρομείωση (Primary Cytoreduction)**
- 2. Δεύτερη Κυτταρομείωση (Secondary Cytoreduction)**
- 3. Ενδιάμεση Κυτταρομείωση (Interval Cytoreduction)**
- 4. Εγχείρηση Επανελέγχου (Second-look Laparotomy)**



# Καρκίνος ωοθηκών

## Χειρουργική θεραπεία

---

- **Στόχοι : Διάγνωση (ιστολογικός τύπος-Grade)**  
**Σταδιοποίηση**  
**Ριζική εξαίρεση νόσου**  
**(υπολειπόμενη νόσος)**
- **Όρια :**     **Η ασθενής**  
                  **Ο χειρουργός**



# Καρκίνος ωοθηκών

## Χειρουργική θεραπεία

---

- Χειρουργική αρχικών σταδίων (I-II)  
(περιορισμένη ενδοπεριτοναϊκή νόσος)
  
- Χειρουργική προχωρημένων σταδίων (III-IV)  
(εκτεταμένη ενδοπεριτοναϊκή νόσος)

**Table 6.** Ovarian cancer: intraoperative procedures.

---

Midline incision

Cytology (ascites; peritoneal lavage)

Palpation + inspection (intra-abdominal organs; diaphragm)

TAH + BSO; tumour resection

Omentectomy

Appendectomy

Lymph node resection (pelvis, aorta)

Peritoneal biopsies: pelvis, cul-de-sac right and left paracolic gutter, diaphragm

---

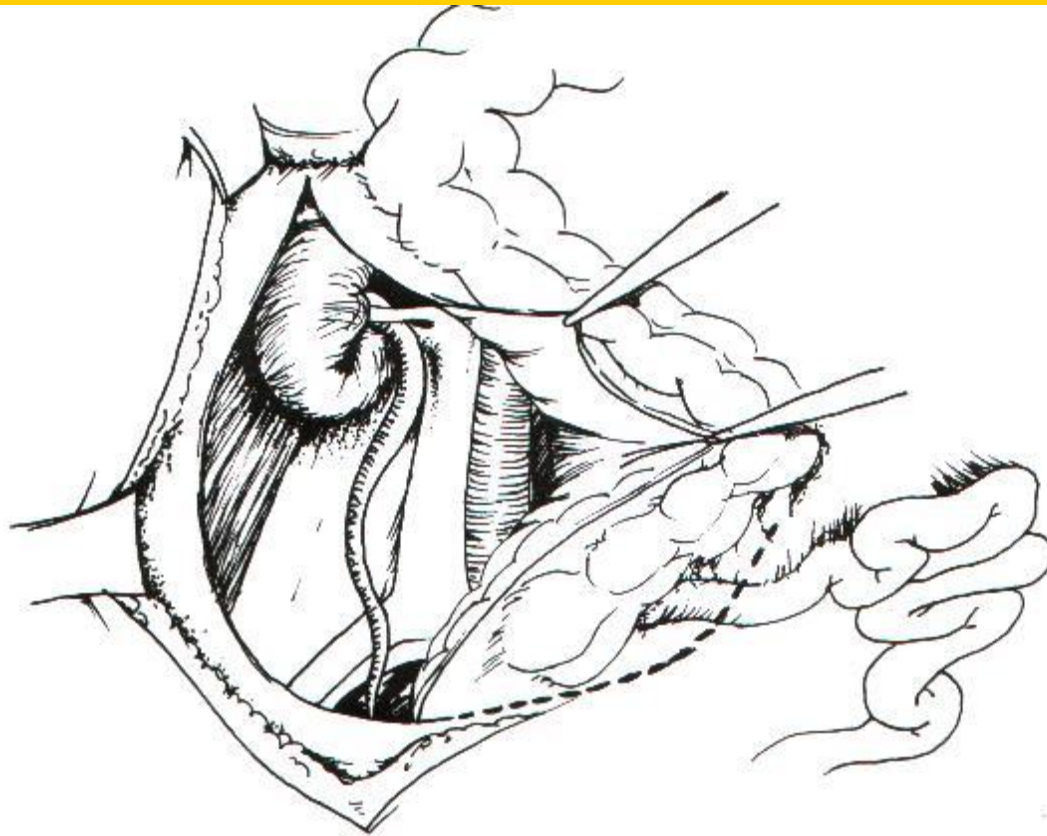
TAH + BSO = total abdominal hysterectomy + bilateral salpingo-oophorectomy.

# Καρκίνος ωοθηκών

## Κριτήρια συντηρητικής χειρουργικής θεραπείας

---

- Ηλικία
- Επιθυμία διατήρησης γονιμότητας
- Στάδιο Ia : όχι ασκίτης
  - όχι συμφύσεις
  - όχι διήθηση ή ρήξη της κάψας
- Grade I ή borderline όγκος
- Όλοι οι ιστολογικοί τύποι εκτός διαυγών κυττάρων
- Αρνητική βιοψία ενδομητρίου



**Figure 2.** Surgical exposure of the para-aortic region.



# Καρκίνος ωοθηκών

## Χειρουργική θεραπεία

### 1. Πρώτη κυτταρομείωση (Primary cytoreduction)

- Ικανοποιητική (Optimal)
- Μη ικανοποιητική (Suboptimal)

### 2. Δεύτερη κυτταρομείωση (Second cytoreduction)

- Ανεγχείρητη νόσος στην αρχική εγχείρηση (interval debulking)
- Μακροσκοπικά εξαιρέσιμος νόσος στην SL λαπαροτομία
- Υποτροπή
- Νόσος σε εξέλιξη
- Παρηγορητική

# Καρκίνος ωοθηκών

## Ικανοποιητική κυτταροαφαιρετική εγχείρηση (optimal debulking)

---

**Η απομάκρυνση μεγάλου όγκου νεοπλασματικού ιστού προκαλεί:**

- **Μείωση ανθεκτικότητας των κυτταρικών κλώνων**
- **Μείωση του αριθμού των ανθεκτικών κυτταρικών κλώνων**
- **Βελτίωση της αιμάτωσης του υπολειπόμενου καρκινικού ιστού**
- **Επανείσοδο των νεοπλασματικών κυττάρων σε ενεργό (χημειοευαίσθητη) φάση του κύκλου**
- **Ενίσχυση απόδοσης της χημειοθεραπείας**
- **Αποσυμφόρηση παρακειμένων συστημάτων με αποτέλεσμα τη καλύτερη λειτουργία (πεπτικό-ουροποιητικό)**

# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΩΟΘΗΚΩΝ (St III – IV)

## Επιτυχής αρχική κυτταρομείωση



Βιβλιογραφία	Ασθενείς	Optimal Debulking
<b>1978 – 1986</b>	<b>1977</b>	<b>33 %</b>

# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΩΟΘΗΚΩΝ (St III – IV)

## Επιτυχής αρχική κυτταρομείωση

Βιβλιογραφία	Ασθενείς	Optimal Debulking
<b>1987 - 1996</b>	<b>1462</b>	<b>62 % (47 – 82)</b>

# Καρκίνος ωοθηκών (III-IV) Ικανοποιητική (optimal)αφαίρεση

Μελέτη	1987	1994	2001
G.I.C.O. Italian	531(31%)	422 (46%)	472 (51%)
G.C.O.S. Australian	284 (45%)	279 (52%)	261 (59%)

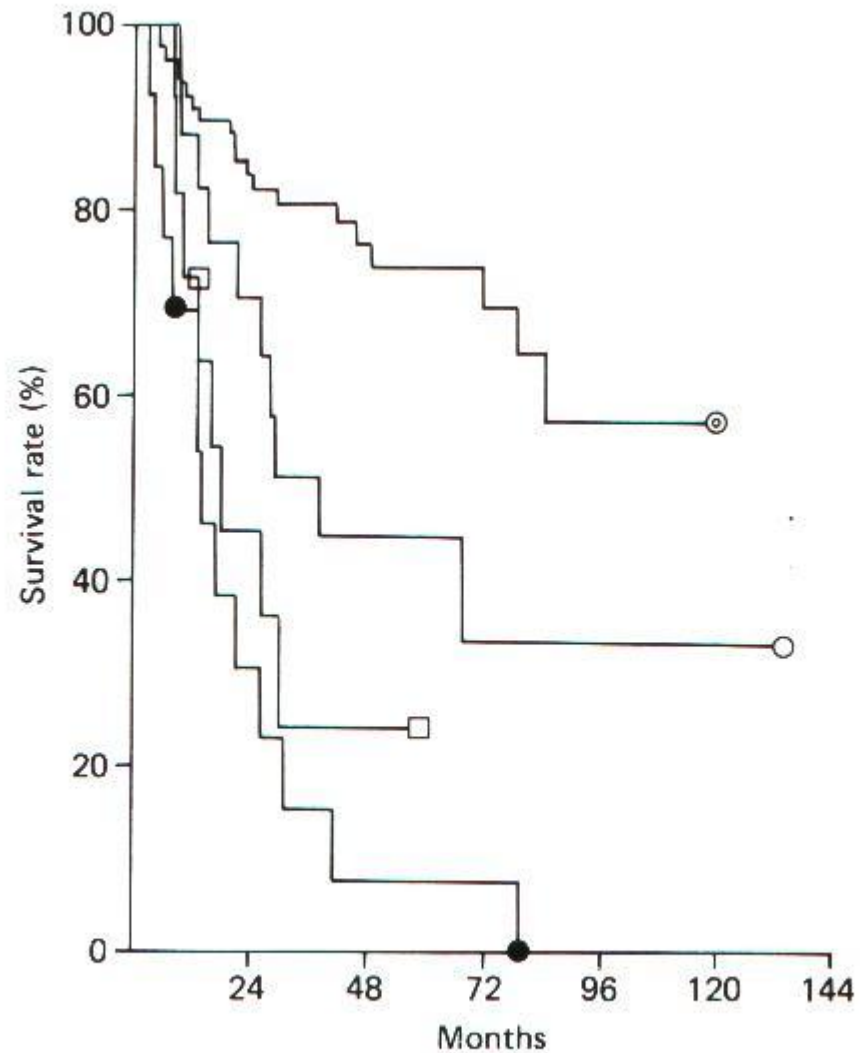
# Καρκίνος ωοθηκών

## Πρώτη κυτταρομείωση και αρνητική SLL

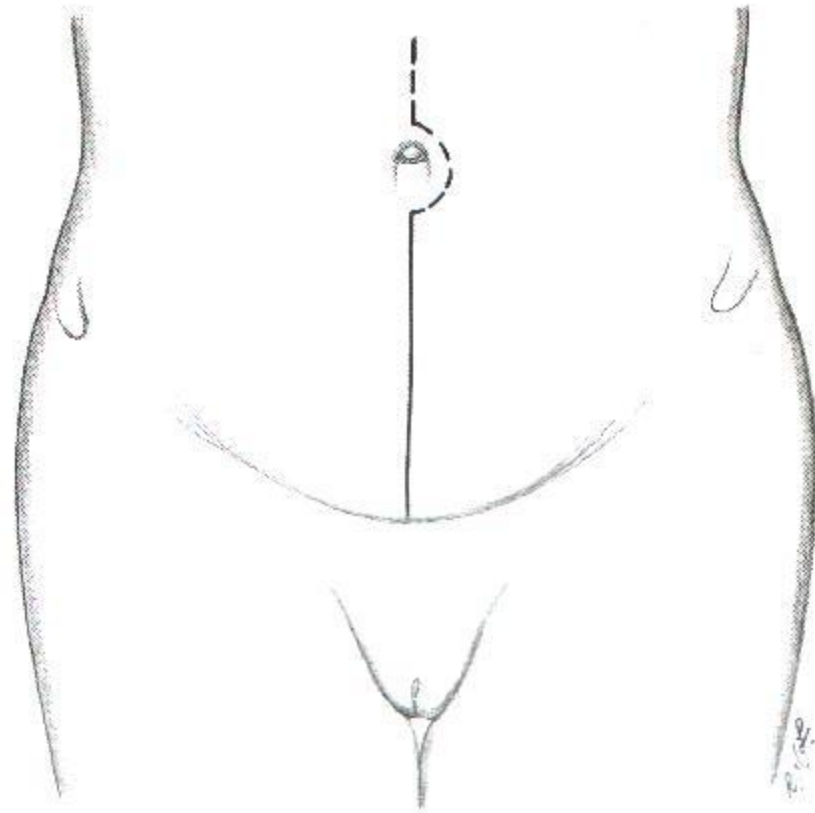
Αρ. Ασθενών*	Μηδενική	SLL (-)	
		Optimal	Suboptimal
1097 23,7%	81,6%	44,2%	

\* Πολυκεντρική μελέτη

Hoskins, 1994

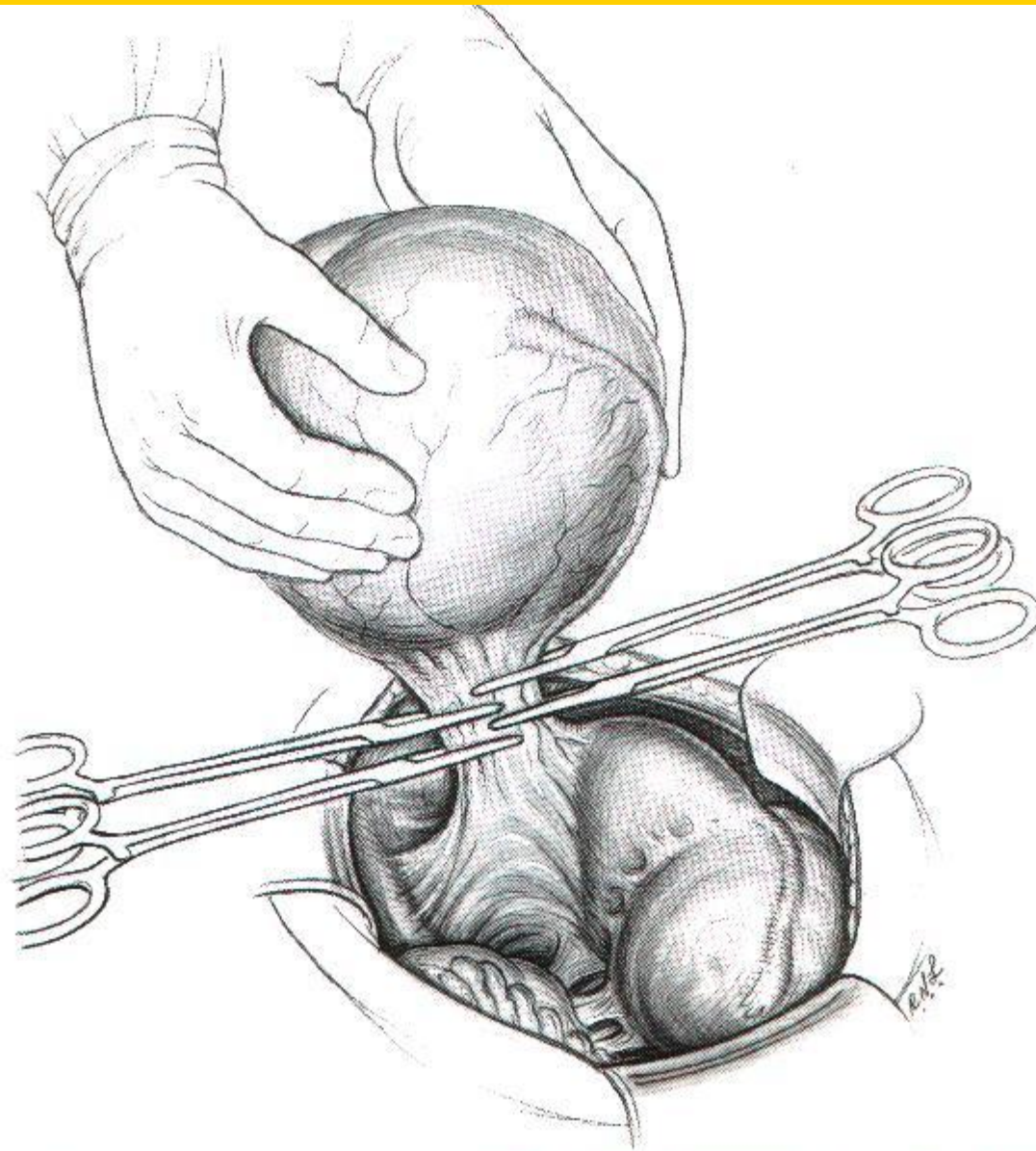


**Figure 6.** Size of residual tumour at the end of initial surgery, and Kaplan–Meier survival curves. ⊙ = Micro ( $n = 101$ ); ○ =  $\leq 2$  cm ( $n = 30$ ); ● =  $> 2$  cm ( $n = 16$ ); □ =  $> 5$  cm ( $n = 14$ ).

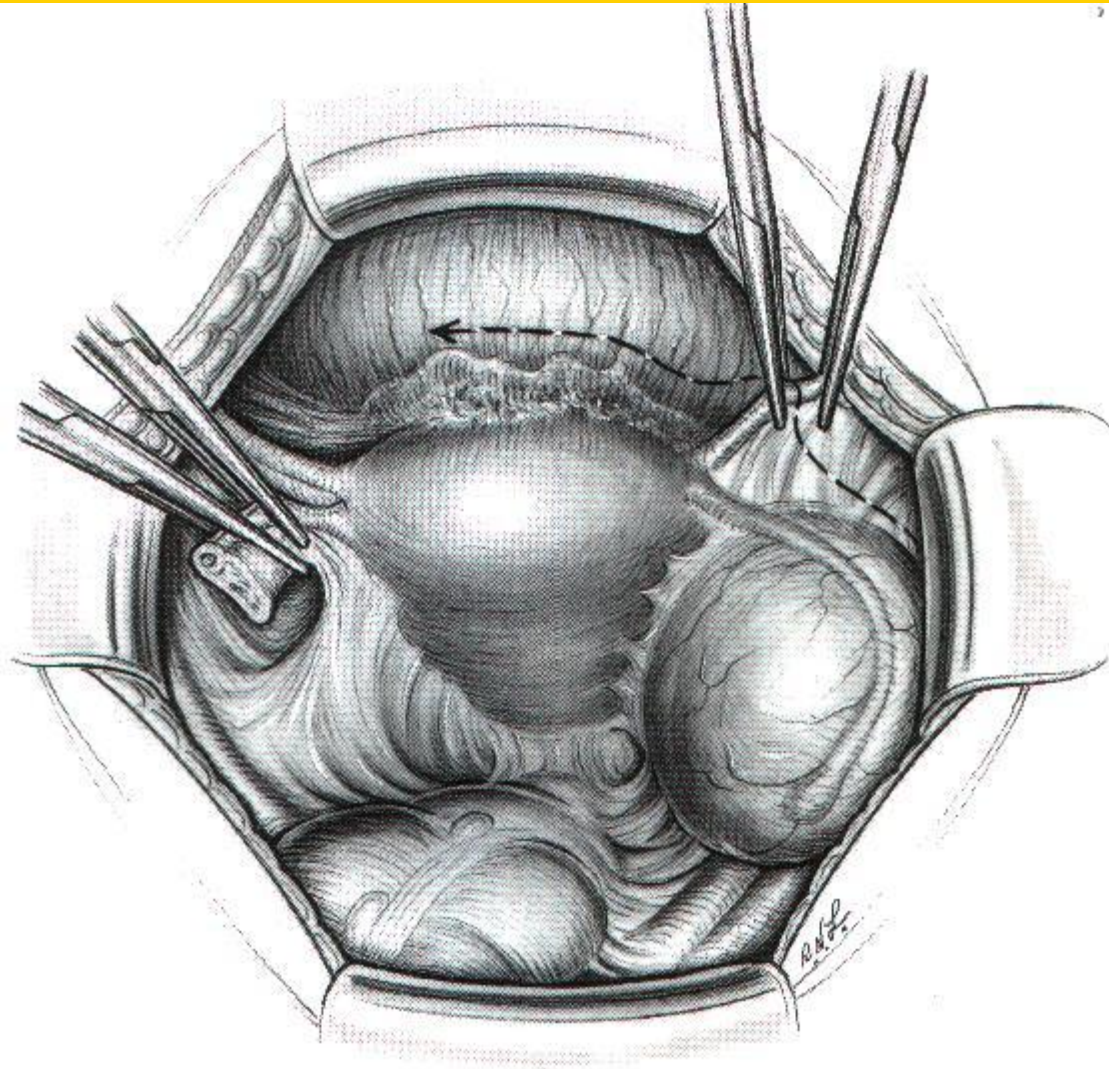


**Figure 1.** The retroperitoneal operation for ovarian cancer: midline incision. From Monaghan (1987), with permission.

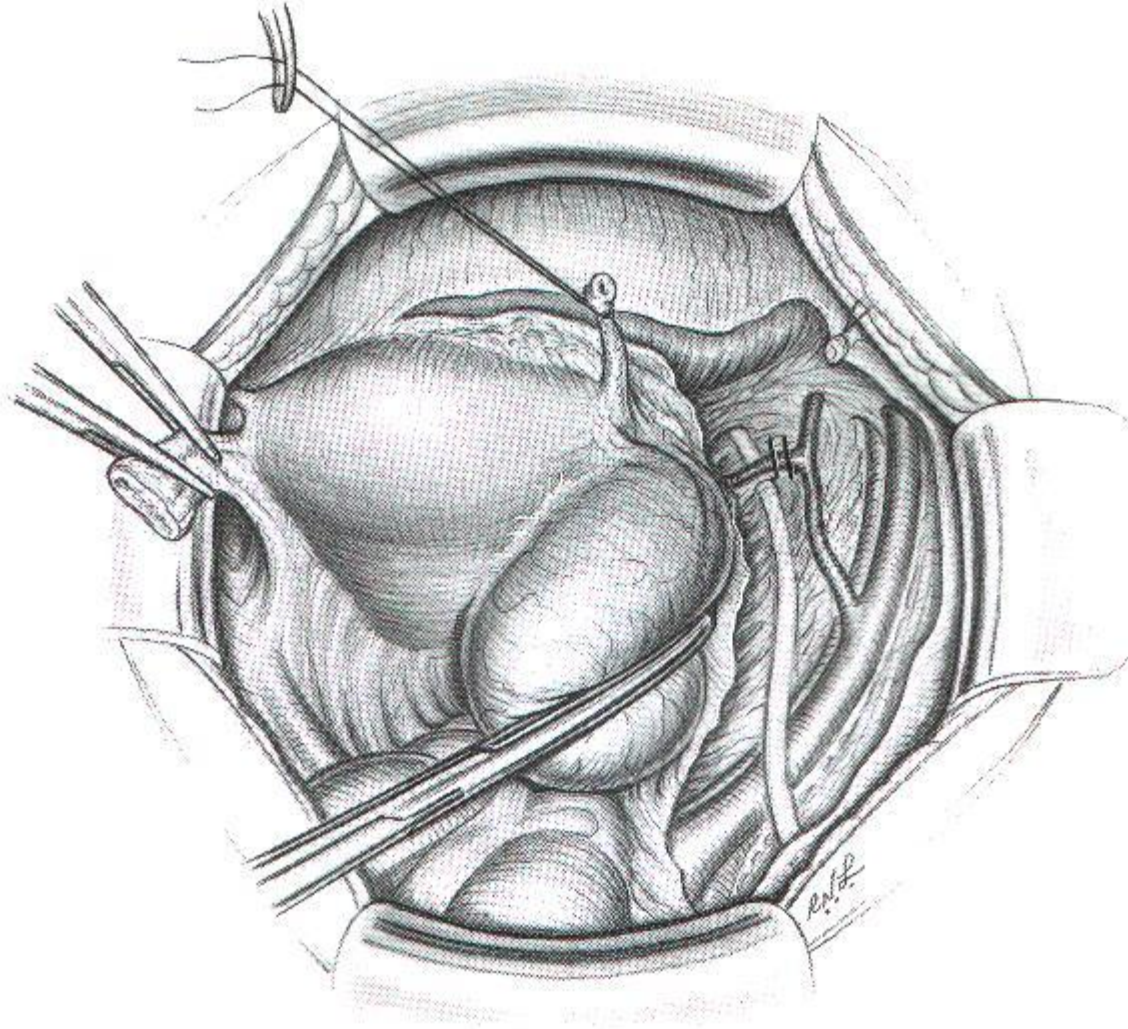




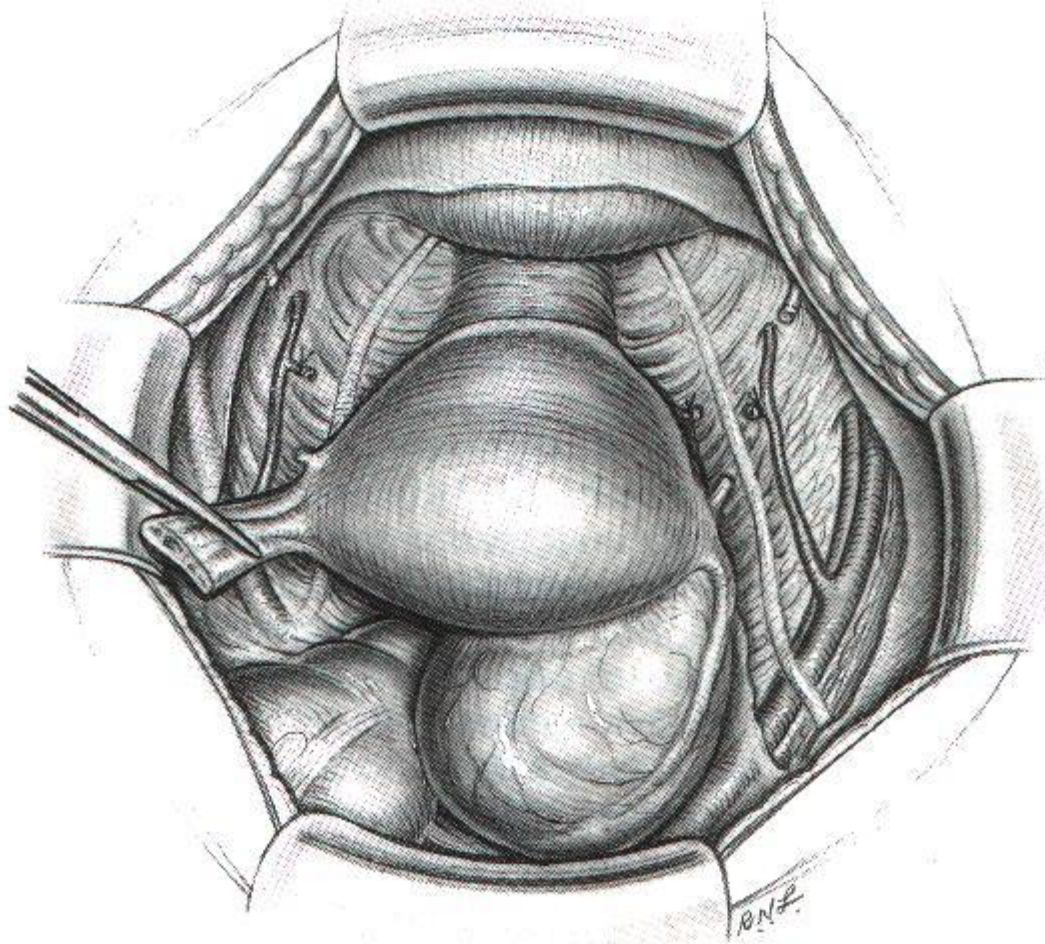
**Figure 2.** Removal of mobile ovarian masses. From Monaghan (1987), with permission.



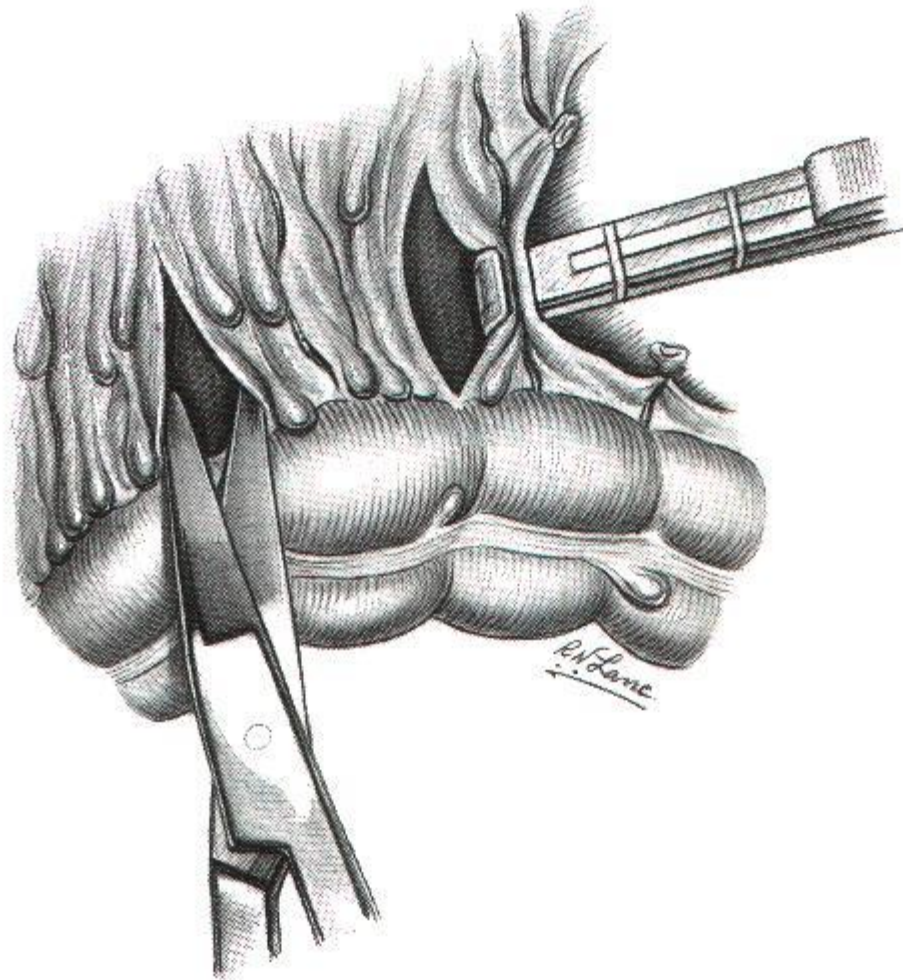
**Figure 3.** Dividing the round ligament. From Monaghan (1987), with permission.



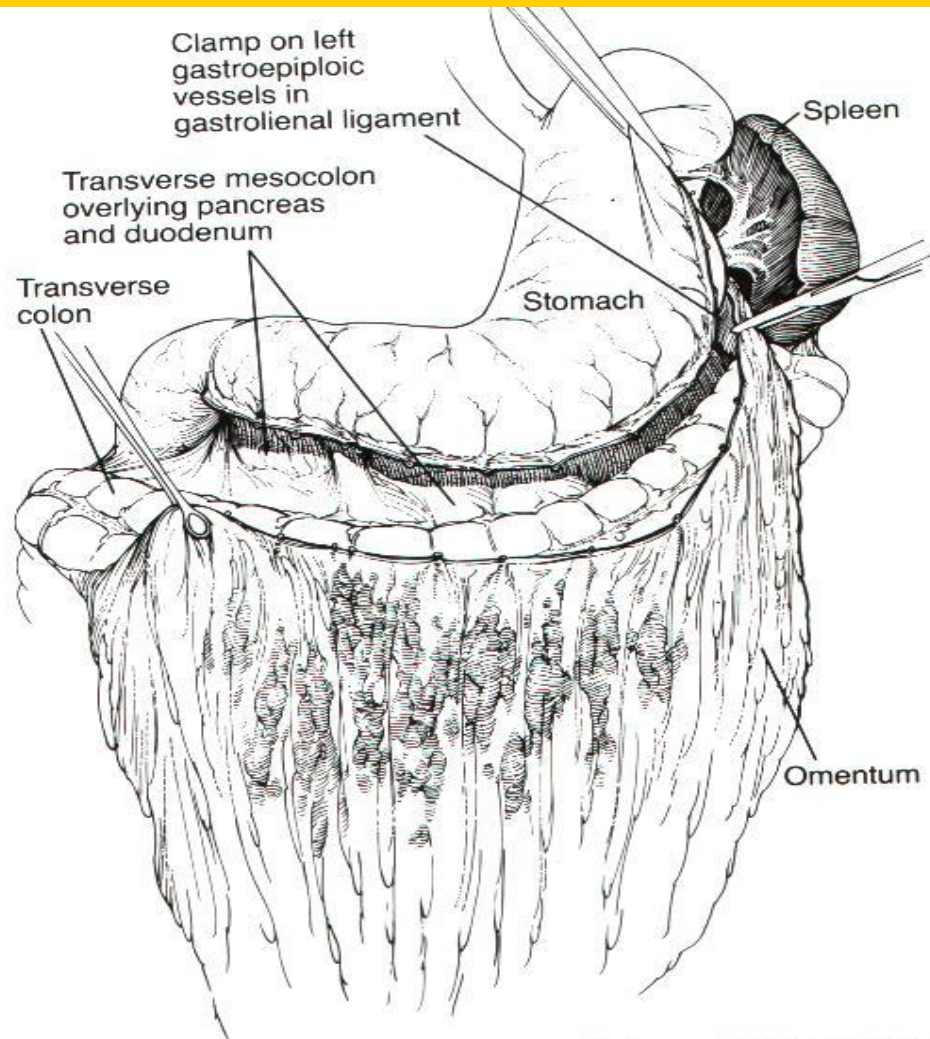
**Figure 4.** Opening the retroperitoneal space. From Monaghan (1987), with permission.



**Figure 5.** Separating the bladder. From Monaghan (1987), with permission.



**Figure 7.** Stapling of the omentum using a powered ligating and dividing stapler (LDS). From Monaghan (1987), with permission.

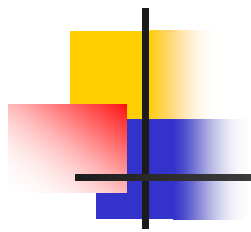


**Figure 2.** Omentectomy. Dissection of omentum with tumor from stomach with ligation of gastric branches. (From Gershenson DM, Wharton JT: *Surgery for ovarian cancer*. In Gershenson DM, DeCherney AH, Curry SL (eds): *Operative Gynecology*. Philadelphia, WB Saunders, 1993, p 532.)

# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΩΟΘΗΚΩΝ

## St III – IV

### Αρχική Κυτταρομείωση

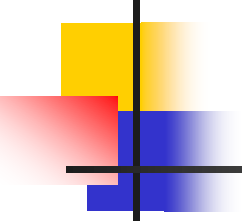


	Optimal debulking	
	N	%
Γυναικολόγος Ογκολόγος	103/126	81,7
Γυναικολόγος	40/137	29,2
» » Παρουσία χειρουργού	28/98	28,6
» » Απουσία χειρουργού	12/39	30,8

# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΩΟΘΗΚΩΝ

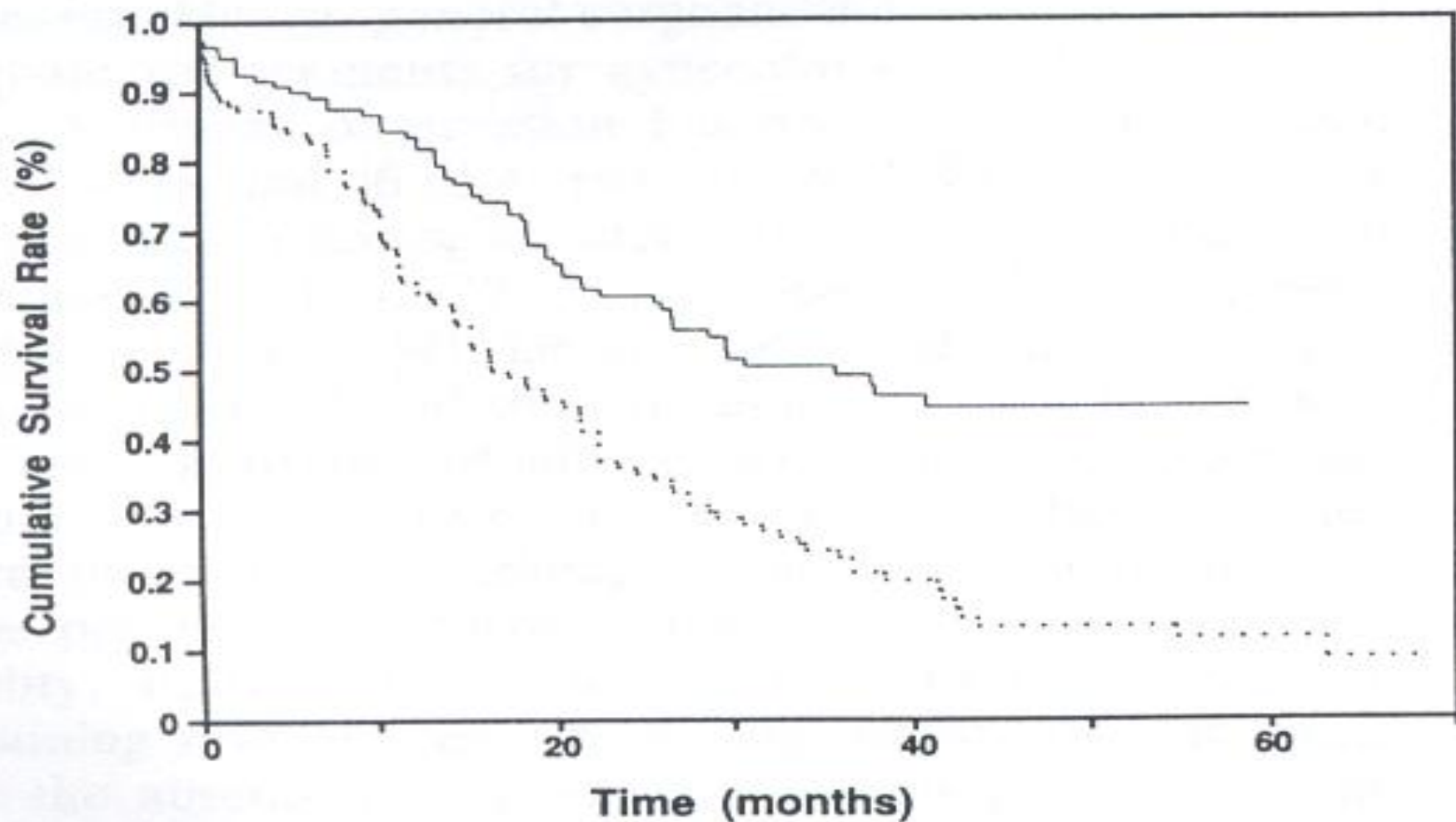
## St III – IV

### Αρχική κυτταρομείωση Εγχειρητική Νοσηρότητα

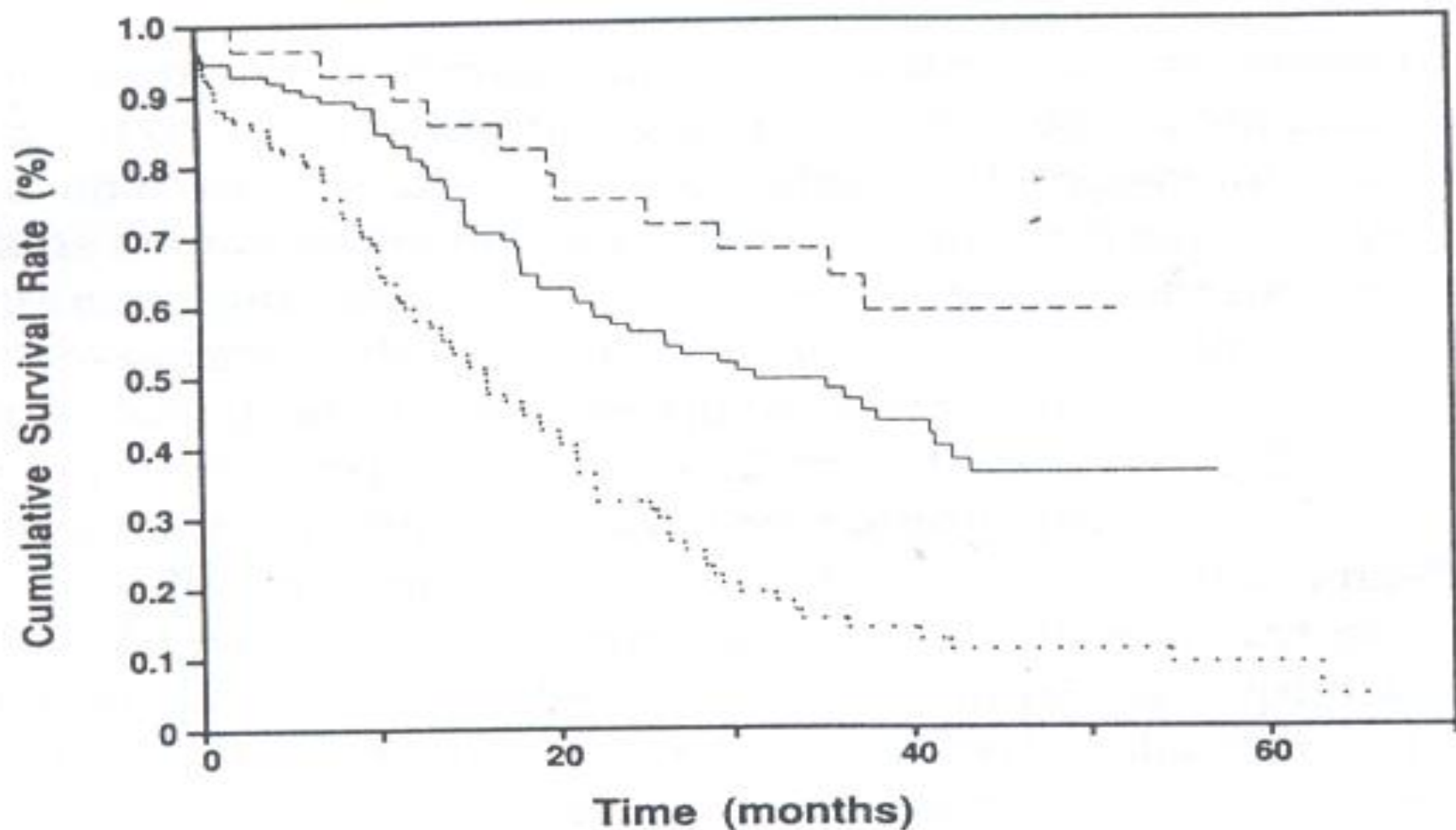


	<b>Γυναικολόγοι Ογκολόγοι</b>	<b>Γυναικολόγοι</b>
	<b>N = 126</b>	<b>N = 137</b>
<b>Χρόνος επέμβασης</b>	<b>3,5 hr</b>	<b>1,9 hr</b>
<b>Απώλεια αίματος</b>	<b>1092 ml</b>	<b>482 ml</b>
<b>Μετάγγιση</b>	<b>2,6 μονάδες</b>	<b>1,1 μονάδες</b>
<b>Παραλυτικός ειλεός</b>	<b>29 (23%)</b>	<b>15 (10,9%)</b>





**FIG. 2.** Cumulative proportion of survival subdivided by subspecialty training of surgeons present. Solid line, gynecologic oncologist present. Dotted line, gynecologic oncologist absent.  $P < 0.0001$ .



**FIG. 1.** Cumulative proportion of survival subdivided by cytoreductive outcome. Dashed line, complete cytorreduction. Solid line, optimal cytorreduction. Dotted line, suboptimal cytorreduction.  $P = 0.001$  for complete vs optimal.  $P < 0.0001$  for all optimal vs suboptimal.

# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΩΟΘΗΚΩΝ

## St IV

Επίδραση της αρχικής κυτταρομείωσης στην επιβίωση

Ββλιογραφία	Κυτταρομείωση	Μέση επιβίωση (μήνες)
Curtin (1997)	Optimal (45%)	40
	Suboptimal	18
Lin (1997)	Optimal (30%)	37
	Suboptimal	17
Munkarah (1997)	Optimal (34%)	25
	Suboptimal	15
Bristow (1998)	Optimal (30%)	38
	Suboptimal	10



---

## •Interval debulking surgery: an alternative for primary surgical debulking?

Vergote I. et al (2000) Semin.Surg.Oncol. 2000,19:49-53  
EORTC – 55971

- \* Ασθενείς με μη ικανοποιητική αρχική κυτταρομείωση και συνεπώς με πρόγνωση κακή.
- \* Απαραίτητη προϋπόθεση η ανταπόκριση στη χημειοθεραπεία.
- \* Το optimal interval debulking μπορεί να επηρεάσει ευνοϊκά την επιβίωση των ασθενών.



# **ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΩΟΘΗΚΩΝ**

## **(St III – IV)**

### **Ενδιάμεση Κυτταρομείωση (I.D.S)**

---

- 1. Πόσο ριζική υπήρξε η αρχική κυτταρομείωση;**
- 2. Αληθώς χαρακτηρίστηκε αρχικά ανεγχείρητος η νόσος;**
- 3. Ποιος χειρούργησε αρχικά ή ενδιάμεσα;**
- 4. Πόσοι κύκλοι χημειοθεραπείας προηγούνται;**
- 5. Ποια τα κριτήρια ανταπόκρισης στη χημειοθεραπεία;**
- 6. Αναγκαία η επιλογή ασθενών;**
- 7. Επηρεάζει ευνοϊκά τον ελεύθερο νόσου χρόνο (P.F.S.) και την ολική επιβίωση (O.S.) ;**

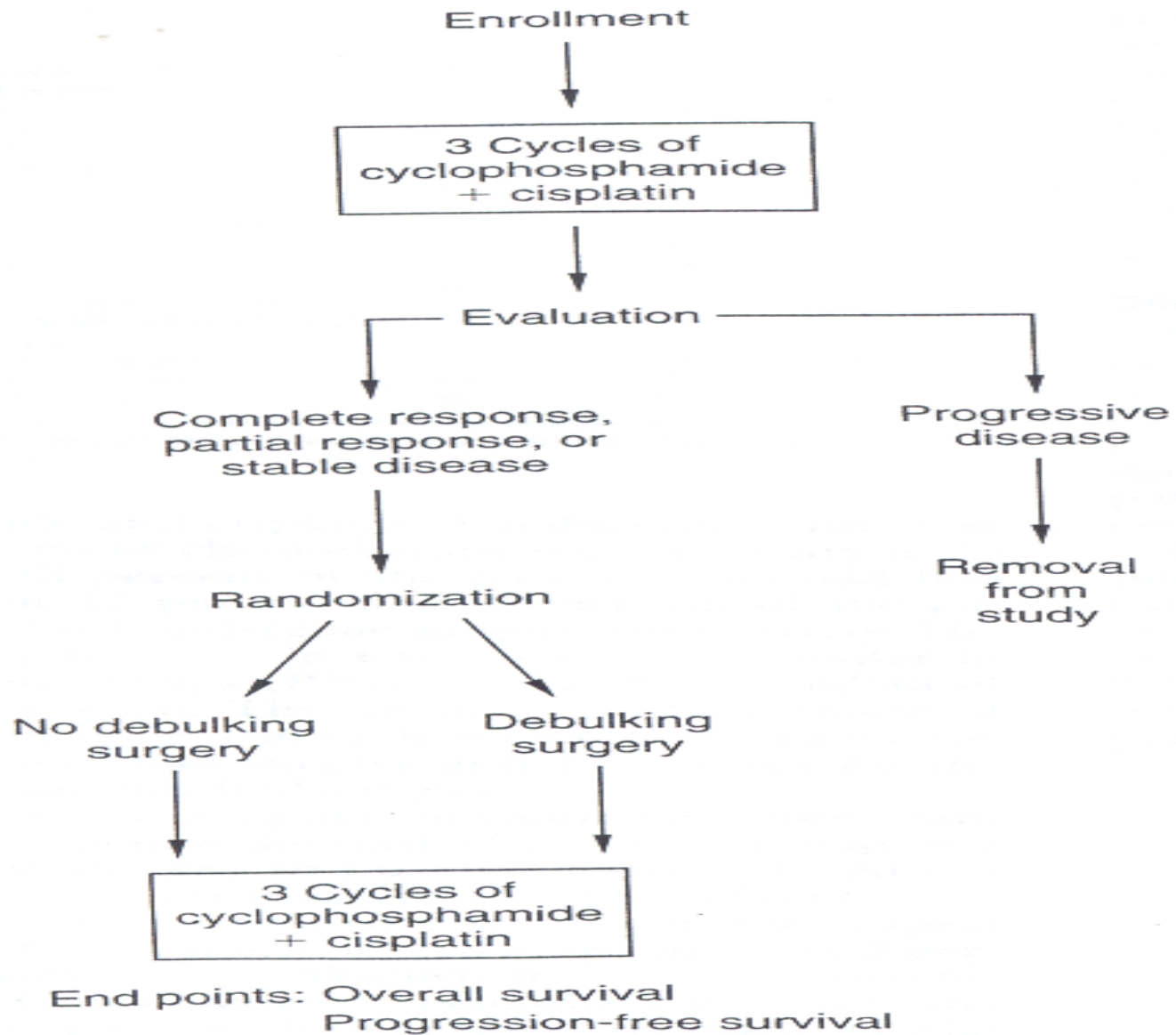


Figure 1. Design of the Study.

# Καρκίνος ωοθηκών

Λαπαροτομία επανασταδιοποίησης (Second look laparotomy)

**Η Λαπαροτομία επανασταδιοποίησης (SLL) υπήρξε βασική χειρουργική διαγνωστική (θεραπευτική?) μέθοδος (1970-90) σε ασθενείς κλινικοεργαστηριακά ελεύθερες νόσου μετά το πέρας της χημειοθεραπείας ή ασθενείς με ελλιπή αρχική σταδιοποίηση (κυτταρομείωση), με στόχο τη βελτίωση της επιβίωσης τους.**

# Καρκίνος ωοθηκών

## Λαπαροτομία επανασταδιοποίησης (1970-1990)

1. Θεραπευτικό σχήμα : Hexa CAF

PAC/PAM

PAC vs CP vs CC

Taxol

2. Διάρκεια : 6-12 κύκλοι

3. Ανταπόκριση (%)

4. Προγνωστικοί παράγοντες  
(χαμηλού/υψηλού κινδύνου)



# Καρκίνος ωοθηκών

## Σχέση σταδίου και αρνητικής SLL

	Στάδιο				
	Μελέτες	I	II	III	IV
<b>Barter and Barnes (1992)</b>	<b>31</b>	<b>81%</b>	<b>69%</b>	<b>39%</b>	<b>33%</b>
<b>Rubin (1993)</b>	<b>20</b>	<b>85%</b>	<b>73%</b>	<b>37%</b>	<b>34%</b>

# Καρκίνος ωοθηκών

## Σχέση υπολειπομένης νόσου και αρνητικής SLL

	Μηδενική	< 2 cm
>2cm		
SLL(-)	82%	52%
	23%	

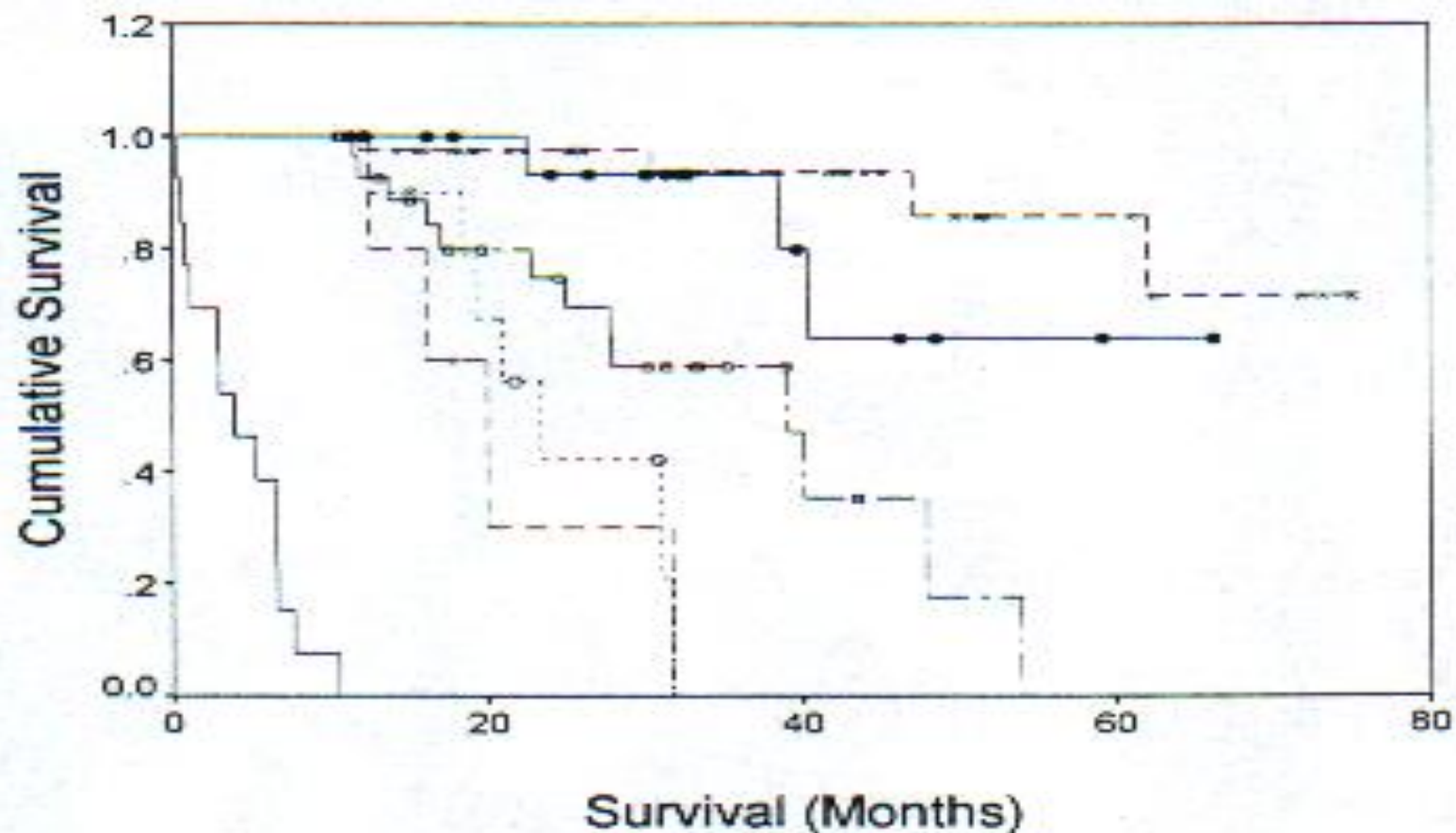
**Hoskins et al. 1992**

# Καρκίνος ωοθηκών

## SL Λαπαροτομία

### Μη υποστηρικτές :

- **>80% αρνητική SLL σε ασθενείς αρχικών σταδίων και ασθενείς με όγκους γεννητικών κυττάρων**
- **50% υποτροπή μετά από αρνητική SLL**
- **Απουσία αποτελεσματικής θεραπείας σε ασθενείς με επιμονή νόσου**
- **Στατιστικά μη σημαντική διαφορά στην επιβίωση ασθενών με ή χωρίς SLL**
- **Η πρώτη κυτταρομείωση (optimal) και η αναταπόκριση στη χημειοθεραπεία επηρεάζουν αποτελεσματικά την επιβίωση**



**FIG. 1.** Survival by outcome of second look. —, not qualified; ---+---, macroscopically positive second look with residual disease at conclusion of surgery; --O--, macroscopically positive second look with no residual disease at conclusion of surgery; ---□---, refused second look; —●—, microscopically positive second look; --X--, negative second look. The features on the lines representing survival (+, O, □, X, ●) represent censored patient survival times.

# Καρκίνος ωοθηκών

## SL Λαπαροτομία

**Επηρεάζει την επιβίωση των ασθενών ?**

**• 37-52% SLL (-) Υποτροπή / 15 μήνες**

**• Στατιστικά μη σημαντική διαφορά ανάμεσα σε ασθενείς με SLL ή χωρίς SLL**

---

**GOG-158**

**Ozols , 2000**

# Καρκίνος ωοθηκών

## SL- Λαπαροτομία

- Το αρχικό χειρουργείο, το στάδιο, ο ιστολογικός τύπος, το grade, η υπολειπόμενη νόσος και η ανταπόκριση στη χημειοθεραπεία είναι παράγοντες που καθορίζουν την πορεία της νόσου.
- Η SLL παραμένει αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδος σε επιλεγμένες ασθενείς προχωρημένων σταδίων και σε ασθενείς που η θεραπεία τους στηρίζεται σε ερευνητικό πρωτόκολλο
- Δεν αποτελεί πλέον εγχείρηση ρουτίνας