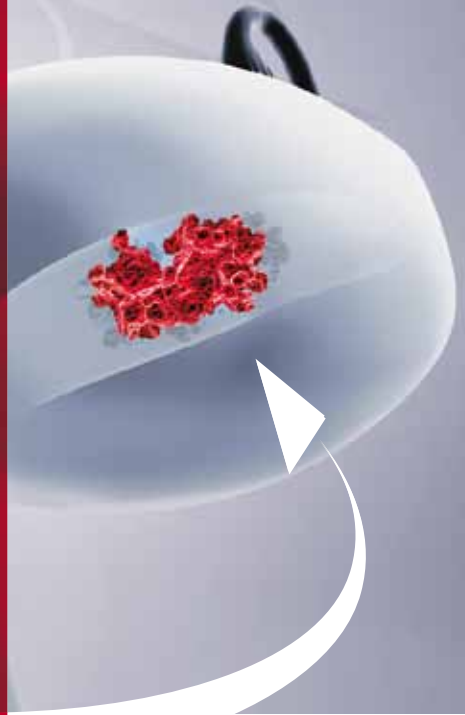


**ΚΑΡΚΙΝΟΣ
ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ
ΟΔΗΓΙΕΣ 2017**





ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ 2017

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ-ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

Γεώργιος Π. Παναγάκης
Υποπλοίαρχος Ιατρός Πολεμικού Ναυτικού
Υποψήφιος Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
Ειδ. Μαιευτικής & Γυναικολογίας
Ά Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική ΕΚΠΑ
ΓΝΑ "Αλεξάνδρα"

Colombo, N., Creutzberg C., Amant F., ... Chiva, L. (2016) ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: Diagnosis, Treatment and Follow-Up, *International Journal of Gynecological Cancer* 27(1), 2-30. DOI:10. 1097/IGC.0000000000000609

Η πρώτη κοινή διάσκεψη της ευρωπαϊκής εταιρίας κλινικής ογκολογίας (ESMO), της ευρωπαϊκής εταιρίας ακτινοθεραπείας και ογκολογίας (ESTRO) και της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Γυναικολογικής Ογκολογίας (ESGO) για τη διαχείριση του καρκίνου του ενδομητρίου διεξήχθη στις 11-13 Δεκεμβρίου 2014 στο Μιλάνο της Ιταλίας, και αποτελείτο από μια πολυεπιστημονική ομάδα 40 κορυφαίων εμπειρογνομόνων. Πριν από τη διάσκεψη τέθηκαν τρεις κλινικά συναφείς ερωτήσεις για κάθε ομάδα εργασίας, δίνοντας συνολικά 12 κλινικά συναφείς ερωτήσεις ως εξής:

1. Ποια παρακολούθηση θα πρέπει να συστήνεται σε ασυμπτωματικές γυναίκες;
2. Ποια θα πρέπει να είναι τα κριτήρια επιλογής και διαχείρισης ασθενών με άτυπη υπερπλασία (AH) / ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία ενδομητρίου (EIN) και ενδομητριωδή καρκίνο ενδομητρίου (EEC) υψηλής διαφοροποίησης;
3. Ποιοι (μοριακοί) δείκτες μπορούν να βοηθήσουν στη διάκριση (προ)καρκινικών αλλοιώσεων από καλοήθειες που μιμούνται κακοήθεια;
4. Πώς επηρεάζει η ιατρική κατάσταση της ασθενούς τη χειρουργική θεραπεία;
5. Ποια είναι η ένδειξη και σε ποια έκταση εκτελείται η λεμφαδενεκτομή στη χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του ενδομητρίου;
6. Πόσο ριζική θα πρέπει να είναι η χειρουργική επέμβαση σε διαφορετικούς τύπους καρκίνου του ενδομητρίου;
7. Ποιος είναι ο τρέχων καλύτερος διαχωρισμός των ομάδων κινδύνου για επικουρική θεραπεία;
8. Ποιες είναι οι αποδεδειγμένα καλύτερες στρατηγικές επικουρικής θεραπείας για ασθενείς με καρκίνο του ενδομητρίου χαμηλού και μεσαίου κινδύνου;
9. Ποιες είναι οι αποδεδειγμένα καλύτερες στρατηγικές θεραπείας για ασθενείς με καρκίνο του ενδομητρίου υψηλού κινδύνου;
10. Έχει η χειρουργική επέμβαση ή η ακτινοθεραπεία (RT) κάποιο ρόλο στον προχωρημένο καρκίνο του ενδομητρίου ή στις υποτροπές;
11. Ποια είναι η καλύτερη συστηματική θεραπεία για προχωρημένη νόσο ή υποτροπή;
12. Ποιοι είναι οι πιο υποσχόμενοι στοχευόμενοι παράγοντες και ποια σχέδια μελέτης πρέπει να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση του κλινικού τους οφέλους;

Κάθε ομάδα εργασίας ήταν υπεύθυνη για την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, προκειμένου να παρουσιάσει προκαταρκτικές συστάσεις σχετικά με κάθε μία από τις ερωτήσεις. Κατά τη διάρκεια του συνεδρίου, σε παράλληλες συνεδρίες, οι τέσσερις ομάδες εργάστηκαν, συζήτησαν και κατέληξαν σε συμφωνία σχετικά με συστάσεις για κάθε μία από τις αποδιδόμενες ερωτήσεις. Οι συστάσεις από κάθε ομάδα παρουσιάστηκαν στη συνέχεια σε ολόκληρη ομάδα εμπειρογνομόνων, όπου συζητήθηκαν και τροποποιήθηκαν όπως απαιτείται. Χρησιμοποιήθηκε μια προσαρμοσμένη εκδοχή του "Συστήματος ταξινόμησης της υπηρεσίας για τις λοιμώδεις νόσους της Αμερικανικής Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας" (πίνακας 1) για να καθορίσει το επίπεδο των αποδεικτικών στοιχείων και τη δύναμη κάθε σύστασης των ομάδων. Τέλος, διεξήχθη ψηφοφορία για να καθοριστεί το επίπεδο συμφωνίας μεταξύ της ομάδας εμπειρογνομόνων για κάθε μία από τις συστάσεις. Τα μέλη του πάνελ είχαν τη δυνατότητα να απέχουν από την ψηφοφορία σε περιπτώσεις όπου είτε είχαν ανεπαρκή εμπειρία για να συμφωνήσουν / διαφωνήσουν με τις συστάσεις ή εάν είχαν συγκρούσεις συμφερόντων που θα μπορούσαν να θεωρηθούν ότι επηρεάζουν την ψήφο τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΒΑΘΜΙΔΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΩΝ

ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ

- I** Στοιχεία από τουλάχιστον μια μεγάλη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη με καλή ποιοτικά μεθοδολογία ή μια καλά σχεδιασμένη μετα-ανάλυση ή τυχαιοποιημένες μελέτες χωρίς ετερογένεια
- II** Μικρές τυχαιοποιημένες μελέτες ή μεγάλες τυχαιοποιημένες μελέτες με υποψία χαμηλής ποιότητας μεθοδολογίας ή μετα-αναλύσεις των μελετών αυτών ή μελέτες με ετερογένεια
- III** Προοπτικές μελέτες κούρτης
- IV** Αναδρομικές μελέτες κούρτης ή μελέτες παρουσίασης περιστατικού
- V** Μελέτες χωρίς ομάδα ελέγχου, παρουσιάσεις περιστατικών, γνώμες ειδικών

ΒΑΘΜΙΔΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΩΝ

- A** ΙΣΧΥΡΗ ΣΥΣΤΑΣΗ
- B** ΑΠΛΗ ΣΥΣΤΑΣΗ
- C** ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΑ
- D** ΧΩΡΙΣ ΣΥΣΤΑΣΗ
- E** ΑΠΟΦΥΓΗ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

1. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ.....	7
2. ΠΟΙΑ Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΟΣΩΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΗ/ΕΙΝ ΚΑΙ ECC GRADE 1	8
3. ΔΕΙΚΤΕΣ ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΒΟΗΘΟΥΝ ΣΤΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΔΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΑΠΟ ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ ΠΟΥ ΜΟΙΑΖΟΥΝ ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ.....	9
4. ΠΩΣ Η ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΕΠΗΡΡΕΑΖΕΙ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	10
5. ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΝ ΚΑΙ ΣΕ ΠΟΙΑ ΕΚΤΑΣΗ ΘΑ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΕΙ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΚΤΟΜΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ	12
6. ΠΟΣΟ ΡΙΖΙΚΗ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ Η ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΙ ΤΥΠΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ	13
7. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΜΕ ΣΤΟΧΟ ΝΑ ΒΟΗΘΗΘΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	14
8. ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΠΟΔΕΔΕΙΓΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΑΙ ΜΕΣΑΙΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ	15
9. ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΠΟΔΕΔΕΙΓΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ	16
10. ΕΧΕΙ ΘΕΣΗ Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ Ή Η ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΥΠΟΤΡΟΠΕΣ	18
11. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΔΥΝΑΤΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΥΠΟΤΡΟΠΕΣ.....	19
12. ΠΟΙΟΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΠΙΟ ΥΠΟΣΧΟΜΕΝΟΙ ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΠΟΙΑ ΣΧΕΔΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΤΟΥΣ ΟΦΕΛΟΥΣ.....	20

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

1. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

A

Δεν υπάρχουν στοιχεία που να συνηγορούν υπέρ του προληπτικού ελέγχου για καρκίνο ενδομητρίου στο γενικό πληθυσμό (LoE II)

A

Δεν θα πρέπει να χορηγείται ή θα πρέπει να διακόπτεται η μονοθεραπεία με οιστρογόνα σε γυναίκες που διατηρούν τη μήτρα τους (LoE III)

B

Σε γυναίκες παχύσαρκες, άτοκες, υπογόνιμες, σε γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, με σακχαρώδη διαβήτη ή με καθυστερημένη εμμηνόπαυση δεν συστήνεται έλεγχος ρουτίνας όταν είναι ασυμπτωματικές (LoE III)

B

Σε γυναίκες με όγκους εκ κοκκωδών κυττάρων, οι οποίες διατηρούν τη μήτρα τους, συστήνεται βιοψία ενδομητρίου. Αν το αποτέλεσμα είναι αρνητικό για (προ)κακοήθεια, δεν απαιτείται περαιτέρω προληπτικός έλεγχος για καρκίνο ενδομητρίου (LoE IV)

B

Σε ασθενείς με επιθηλιακό καρκίνο ωοθηκών οι οποίες θα υποβληθούν σε θεραπεία για διατήρηση της γονιμότητας τους, συστήνεται βιοψία ενδομητρίου τη στιγμή της διάγνωσης (LoE IV)

B

Δε συστήνεται προληπτικός έλεγχος ρουτίνας σε γυναίκες που λαμβάνουν ταμοξιφαίνη (LoE III)

B

Γυναίκες φορείς μεταλλάξεων του LS θα πρέπει να υποβάλλονται ετησίως μέχρι την υστερεκτομή σε γυναικολογική εξέταση, διακολπικό υπέρηχο και αναρροφητική βιοψία από την ηλικία των 35 ετών (LoE IV)

B

Σε γυναίκες φορείς των μεταλλάξεων του LS θα πρέπει να προτείνεται η επιλογή προφυλακτικής επέμβασης (Ολική Υστερεκτομή Μετά των Εξαρτημάτων) με τη λιγότερο δυνατή επεμβατική προσέγγιση, αφού έχουν αναφερθεί τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα, με στόχο την αποφυγή καρκίνου ενδομητρίου και ωοθηκών (LoE IV)

2. ΠΟΙΑ Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΟΣΩΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΗ/ΕΙΝ ΚΑΙ ECC GRADE 1

A

Οι ασθενείς με ΑΗ/ΕΙΝ ή ECC Grade 1 που επιθυμούν διατήρηση της γονιμότητας τους θα πρέπει να απευθύνονται σε εξειδικευμένα κέντρα (LoE V)

A

Οι ασθενείς αυτές θα πρέπει να υποβληθούν σε διαγνωστική απόξεση ενδομητρίου με ή χωρίς υστεροσκόπηση (LoE IV)

A

Η διάγνωση θα πρέπει να τεθεί από ειδικό παθολογοανατόμο (LoE IV)

B

Έχει ένδειξη η MRI πυέλου με στόχο τον αποκλεισμό διήθησης του μυομητρίου και συμμετοχής των εξαρτημάτων.Ο υπέρηχος έσω γεννητικών οργάνων από έμπειρο υπερηχογραφιστή αποτελεί εναλλακτική λύση(LoE III)

A

Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται ότι η θεραπεία για διατήρηση της γονιμότητας δεν αποτελεί την κλασική μέθοδο αντιμετώπισης και θα πρέπει να τους αναλυθούν τα υπέρ και τα κατά.Οι ασθενείς θα πρέπει να αποδεχτούν τη μελλοντική στενή παρακολούθηση και την αναγκαιότητα της μελλοντικής υστερεκτομής (LoE V)

B

Σε ασθενείς οι οποίες υποβάλλονται σε θεραπεία διατήρησης της γονιμότητας, συστήνεται η χορήγηση MPA(400-600mg/ημερησίως) ή MA(160-320mg/ημερησίως). Εναλλακτικά προτείνεται η τοποθέτηση σπειράματος λεβονογεστρέλης με ή χωρίς τη χορήγηση GnRH αναλόγων (LoE IV)

B

Με στόχο την αξιολόγηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία, θα πρέπει να πραγματοποιηθεί σε 6 μήνες διαγνωστική υστεροσκόπηση με λήψη βιοψίας. Αν δεν υπάρχει ανταπόκριση η ασθενής θα υποβάλλεται στην αρμόζουσα θεραπεία LoE IV)

B

Σε περίπτωση πλήρους ανταπόκρισης στη θεραπεία θα πρέπει να ενθαρρύνεται η σύλληψη και η ασθενής να απευθύνεται σε εξειδικευμένο κέντρο γονιμότητας (LoE IV)

B

Η θεραπεία συνεχίζεται σε ασθενείς οι οποίες δεν επιθυμούν άμεσα τεκνοποίηση (LoE IV)

B

Οι ασθενείς οι οποίες δεν υποβάλλονται σε υστερεκτομή θα πρέπει να επανελέγχονται ανά 6-μηνο (LoE IV)

B

Μετά την ολοκλήρωση της τεκνοποίησης θα πρέπει να συστήνεται ολική υστερεκτομή μετά εξαρτημάτων. Η διατήρηση των ωοθηκών εξαρτάται από την ηλικία της ασθενούς και τους παράγοντες κινδύνου (LoE IV)

3. ΔΕΙΚΤΕΣ ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΒΟΗΘΟΥΝ ΣΤΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΔΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΑΠΟ ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ ΠΟΥ ΜΙΜΟΥΝΤΑΙ ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ

A

Σε περιπτώσεις δυσκολίας στη διάγνωση, προτείνεται η παραπομπή σε γυναικολόγο ογκολόγο (LoE V)

B

Για τη διάκριση των ΑΗ/ΕΙΝ από κακοήθεις βλάβες που μοιάζουν καλοήθεις προτείνεται η χρήση των PTEN και PAZ-2 IHC. Άλλοι δείκτες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι ο MLH1 και ο ARID 1a (LoE IV)

B

Ο IHC δεν προτείνεται για τη διάκριση του APA από την ΑΗ/ΕΙΝ (LoE V)

B

Το p53 συστήνεται από την ICH για το διαχωρισμό του SEIC από κακοήθεις βλάβες που μοιάζουν καλοήθεις (LoE IV)

B

Σε περιπτώσεις υποψίας καρκίνου του ενδοτραχήλου θα πρέπει να χρησιμοποιείται ένα σύνολο δεικτών. Αυτό το σύνολο θα πρέπει να περιέχει το λιγότερο τους: ER, vimentin, p16 και CEA. Οι δείκτες αυτοί θα λαμβάνονται υπόψιν τόσο στην ιστολογική όσο και στην κλινική διάγνωση. Η ανίχνευση του HPV μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί (LoE IV)

A

Με στόχο τον καθορισμό της προέλευσης ορώδους καρκινώματος συστήνεται η χρήση του WT-1 (LoEIV)

A

Για τη διάκριση του EEC από ΑΗ/ΕΙΝ θα χρησιμοποιείται η μορφολογία της βλάβης (LoE IV)

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

4. ΠΩΣ Η ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΕΠΗΡΡΕΑΖΕΙ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

A

Ο απαραίτητος έλεγχος θα πρέπει να περιλαμβάνει: Οικογενειακό ιστορικό, αξιολόγηση της γενικής κατάστασης της ασθενούς και συνοδών παθήσεων, κλινική εξέταση συμπεριλαμβανομένης της πνευλικής εξέτασης, υπερηχογραφικό έλεγχο (διακολπικά ή διορθικά) και πλήρη αξιολόγηση της βιοψίας (ιστολογικό τύπο και βαθμό διαφοροποίησης) (LoE V)

A

Η έκταση της χειρουργικής επέμβασης θα πρέπει να προσαρμόζεται στη γενική κατάσταση της ασθενούς (LoE V)

A

Σε κλινικό στάδιο 1, υψηλής και μέσης διαφοροποίησης: Όσον αφορά τη διενέργεια ή όχι λεμφαδεκτομίας, θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν το λιγότερο ένα από τα τρία παρακάτω διαγνωστικά εργαλεία για την εκτίμηση του βαθμού διήθησης του μυομητρίου: Υπέρηχος ΕΓΟ από εξειδικευμένο υπερηχογραφιστή, μαγνητική τομογραφία ή διεγχειρητική εκτίμηση (LoE IV)

C

Όσον αφορά την εκτίμηση συμμετοχής των ωθηκών, των λεμφαδένων, του περιτοναίου ή παρουσία μεταστατικής νόσου μπορούν να χρησιμοποιηθούν η αξονική θώρακος, η αξονική άνω κάτω κοιλίας, η μαγνητική τομογραφία, το PET SCAN και η υπερηχοτομογραφία (LoE IV)

B

Δεν υπάρχουν στοιχεία που να συνηγορούν υπέρ της χρήσης καρκινικών δεικτών όπως ο CA 125 (LoE IV)

A

Η κλασική χειρουργική προσέγγιση περιλαμβάνει την ολική υστερεκτομή με αμφοτερόπλευρη εξαρτηματοεκτομή χωρίς εξαίρεση κόλλου (LoE IV)

B

Ασθενείς κάτω των 45 ετών, με EEC grade 1, διήθηση του μυομητρίου <50% και χωρίς εμφανή συμμετοχή των ωθηκών ή άλλη επέκταση της νόσου είναι υποψήφιος για διατήρηση των ωθηκών (LoE IV)

B

Στις περιπτώσεις διατήρησης των ωοθηκών προτείνεται η σαλπινγεκτομή (LoE IV)

B

Σε ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου όπως επίσης και με υψηλό κίνδυνο για ωοθηκικό καρκίνο (πχ BRCA μετάλλαξη,LS κλπ) δεν συστήνεται διατήρηση των ωοθηκών.Σε αυτές τις ασθενείς θα πρέπει να προσφέρεται γενετική συμβουλή ή γενετικός έλεγχος (LoE IV)

A

Σε ασθενείς με καρκίνο ενδομητρίου χαμηλού ή μεσαίου κινδύνου προτείνεται ελάχιστα επεμβατική χειρουργική προσέγγιση (LoE I)

C

Ελάχιστα επεμβατική χειρουργική προσέγγιση μπορεί να συζητηθεί και σε ασθενείς με καρκίνο ενδομητρίου υψηλού κινδύνου (LoE IV)

C

Σε ασθενείς οι οποίες δε δύνανται να υποβληθούν στην ενδεδειγμένη χειρουργική επέμβαση καθώς και σε συγκεκριμένες ασθενείς με χαμηλού κινδύνου καρκίνο ενδομητρίου προτείνεται η κολλική ολική υστερεκτομή με αμφοτερόπλευρη εξαρτηματεκτομή (LoE IV)

C

Σε ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου μπορεί να προταθεί η λύση της ορμονικής θεραπείας ή της ακτινοθεραπείας (LoE IV)

5. ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΝ ΚΑΙ ΣΕ ΠΟΙΑ ΕΚΤΑΣΗ ΘΑ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΕΙ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΚΤΟΜΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

A

Η κυτταρολογική εξέταση του περιτοναϊκού υγρού δεν θεωρείται πλέον απαραίτητη στη σταδιοποίηση της νόσου (LoE IV)

B

Αν πραγματοποιηθεί λεμφαδενεκτομία θα πρέπει να περιλαμβάνει πυελικούς και παραορτικούς λεμφαδένες έως το ύψος των νεφρικών φλεβών (LoE IV)

D

Η συστηματική λεμφαδενεκτομία είναι ακόμα σε πειραματικό στάδιο αλλά μεγάλες μελέτες αναφέρουν ότι είναι εφικτή. Η συστηματική λεμφαδενεκτομία αυξάνει την πιθανότητα ανεύρεσης λεμφαδένων με μικρές μεταστάσεις και μεμονωμένα καρκινικά κύτταρα, ωστόσο η σημασία αυτών των ευρημάτων είναι ακόμα ασαφής (LoE IV)

B

Η λεμφαδενεκτομία παίζει ρόλο στη σταδιοποίηση και βοηθά στον σχεδιασμό της επικουρικής θεραπείας (LoE III)

A

Οι ασθενείς με χαμηλού κινδύνου ενδομητριοειδές καρκίνωμα (υψηλής ή μέσης διαφοροποίησης με διήθηση μυομητρίου < 50%) έχουν χαμηλό κίνδυνο λεμφαδενικής συμμετοχής και δυο μεγάλες μελέτες δεν ανέδειξαν όφελος από την πραγματοποίηση λεμφαδενεκτομίας. Συνεπώς για αυτές τις ασθενείς δε συστήνεται λεμφαδενεκτομία (LoE II)

C

Σε ασθενείς με ενδιάμεσου κινδύνου καρκίνο ενδομητρίου (διήθηση μυομητρίου > 50% ή χαμηλής διαφοροποίησης όγκο και διήθηση μυομητρίου > 50%) οι μελέτες δεν έχουν δείξει ιδιαίτερο όφελος από τη λεμφαδενεκτομία. Η διενέργειά της θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν για λόγους σταδιοποίησης (LoE II)

B

Η λεμφαδενεκτομία συστήνεται σε ασθενείς με υψηλού κινδύνου καρκίνωμα ενδομητρίου (χαμηλής διαφοροποίησης με > 50% διήθηση του μυομητρίου) (LoE IV)

C

Η λεμφαδενεκτομία θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν για την πλήρη σταδιοποίηση σε ασθενείς με υψηλού κινδύνου καρκίνο ενδομητρίου, οι οποίες δεν υπεβλήθησαν εξ'αρχής στην ανάλογη επέμβαση, με στόχο το σχεδιασμό της επικουρικής θεραπείας (LoE V)

6. ΠΟΣΟ ΡΙΖΙΚΗ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ Η ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΙ ΤΥΠΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

B

Δεν προτείνεται ριζική υστερεκτομή για τη θεραπεία καρκίνου ενδομητρίου σταδίου II (LoE IV)

B

Η τύπου I ή η τροποποιημένη ριζική υστερεκτομή τύπου II μπορούν να πραγματοποιηθούν μόνο εάν απαιτούνται ελεύθερα χειρουργικά όρια (LoE IV)

B

Σε κλινικό ή διεγχειρητικό στάδιο II καρκίνου ενδομητρίου προτείνεται λεμφαδενεκτομία (LoE IV)

A

Σε προχωρημένο καρκίνο ενδομητρίου συστήνεται μακροσκοπική κυτταρομείωση και πλήρης σταδιοποίηση (LoE IV)

B

Σε προχωρημένο καρκίνο ενδομητρίου όπου η χειρουργική θεραπεία θα προκαλέσει σημαντική βλάβη της κοιλιακής λειτουργίας προτείνεται η κατά κρίση τροποποίηση της χειρουργικής προσέγγισης (LoE IV)

B

Εξαιρουμένου του σταδίου I σε μη-EEC συνιστάται λεμφαδενεκτομία (LoE IV)

C

Η επιπλεκτομή για λόγους σταδιοποίησης δεν είναι απαραίτητη σε διαυγοκυτταρικό ή αδιαφοροποίητο καρκίνο ενδομητρίου και καρκινοσάρκωμα (LoE IV)

C

Η επιπλεκτομή συνιστάται σε ορώδη καρκινώματα για λόγους σταδιοποίησης (LoE IV)

ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

7. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΜΕ ΣΤΟΧΟ ΝΑ ΒΟΗΘΗΘΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΟΜΑΔΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	LoE
ΧΑΜΗΛΟΥ	St I ενδομητριοειδές, grade 1-2, <50% διήθηση μυομητρίου, LVSI(-)	I
ΜΕΣΑΙΟΥ	St I ενδομητριοειδές, grade 1-2, ≥50% διήθηση μυομητρίου, LVSI(-)	I
ΥΨΗΛΟΥ-ΜΕΣΑΙΟΥ	St I ενδομητριοειδές, grade 3, <50% διήθηση μυομητρίου, ασχέτως LVSI	I
	St I ενδομητριοειδές, grade 1-2, LVSI (+) ασχέτως ποσοστού διήθησης μυομητρίου	II
ΥΨΗΛΟΥ	St I ενδομητριοειδές, grade 3, ≥ 50% διήθηση μυομητρίου, ασχέτως LVSI	I
	StII	I
	St III ενδομητριοειδές, χωρίς υπολειπόμενη νόσο	I
	Ορώδες, διαυγοκυτταρικό, αδιαφοροποίητο καρκίνωμα, καρκινοσάρκωμα	I
ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ CA	St III με υπολειπόμενη νόσο και St IVA	I
ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ CA	StIVB	I

8. ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΠΟΔΕΔΕΙΓΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΑΙ ΜΕΣΑΙΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

A

Σε ασθενείς με χαμηλού κινδύνου καρκίνο ενδομητρίου δεν προτείνεται επικουρική θεραπεία (LoE I)

B

Σε ασθενείς με μεσαίου κινδύνου καρκίνο ενδομητρίου προτείνεται η επικουρική βραχυθεραπεία με στόχο την ελάττωση της πιθανότητας υποτροπής στο κολόβωμα του κόλπου (LoE I)

C

Η μη χορήγηση επικουρικής θεραπείας αποτελεί επιλογή σε ασθενείς με μεσαίου κινδύνου καρκίνο ενδομητρίου ιδιαίτερος σε ηλικίες κάτω των 60 ετών (LoE II)

Σε ασθενείς με υψηλού-μεσαίου κινδύνου καρκίνο ενδομητρίου:

1. Με αρνητικούς λεμφαδένες:

B

a. Προτείνεται επικουρική βραχυθεραπεία για μείωση του ποσοστού υποτροπής στο κολπικό κολόβωμα (LoE III)

C

b. Δίνεται η δυνατότητα επιλογής για μη χορήγηση επικουρικής θεραπείας

2. Χωρίς λεμφαδενοεκτομία:

B

a. Προτείνεται επικουρική εξωτερική ακτινοθεραπεία σε ασθενείς με θετικό LVSI με στόχο τη μείωση του ποσοστού πνευλικής υποτροπής (LoE III)

B

b. Προτείνεται επικουρική βραχυθεραπεία σε ασθενείς με νόσο χαμηλής διαφοροποίησης και αρνητικό LVSI (LoE III)

C

3. Δεν είναι βέβαιη η ωφέλεια από τη συστηματική θεραπεία (LoE III)

9. ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΠΟΔΕΔΕΙΓΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

Σε ασθενείς με υψηλού κινδύνου καρκίνο ενδομητρίου(st I ενδομητριοειδές,grade 3, ≥50% διήθηση μυομητρίου, ανεξαρτήτως LVSI):

1. Με αρνητικούς λεμφαδένες:

B a. Για την πρόληψη της τοπικής υποτροπής θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν η επικουρική εξωτερική ακτινοθεραπεία (LoE I)

B b. Για την πρόληψη υποτροπής στο κολπικό κολόβωμα μπορεί να χορηγηθεί βραχυθεραπεία (LoE III)

C c. Η επικουρική συστηματική θεραπεία είναι υπό διερεύνηση (LoE II)

2. Χωρίς λεμφαδενοεκτομία:

B a. Γενικά συστήνεται επικουρική εξωτερική ακτινοθεραπεία για την αποφυγή υποτροπών (LoE III)

C b. Για τη βελτίωση της επιβίωσης και την πρόληψη υποτροπών μπορεί να χορηγηθεί επικουρική χημειοθεραπεία (LoE II)

B c. Υπάρχουν περισσότερα στοιχεία που συνηγορούν υπέρ της συνδυασμένης χορήγησης ακτινοθεραπείας-χημειοθεραπείας (LoE II)

Σε ασθενείς με υψηλού κινδύνου καρκίνο ενδομητρίου σταδίου II:

1. Μετά από απλή υστερεκτομή και αρνητικούς λεμφαδένες:

B a. Grade 1-2, LVSI (-): βραχυθεραπεία για τη βελτίωση των ποσοστών τοπικής υποτροπής (LoE III)

B b. Grade 3 ή LVSI (+):
-Συστήνεται περιορισμένης έκτασης εξωτερική ακτινοθεραπεία (LoE III)

C -Η βραχυθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί (LoE IV)

C - Η χημειοθεραπεία είναι υπό συζήτηση (LoE III)

2. Μετά από απλή υστερεκτομή χωρίς λεμφαδενοεκτομία:

B a. Απαιτείται εξωτερική ακτινοθεραπεία (LoE III)

C b. Η βραχυθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί (LoE IV)

B c. Σε νόσο grade 3 ή LVSI(+) θα πρέπει να ληφθεί υπόψιν η χορήγηση χημειοθεραπείας (LoE III)

Σε ασθενείς με υψηλού κινδύνου καρκίνο ενδομητρίου σταδίου III χωρίς υπολειπόμενη νόσο:

1. Η εξωτερική ακτινοθεραπεία συστήνεται για:

B

a. Μείωση του ποσοστού πνευλικής υποτροπής (LoE I)

B

b. Βελτίωση του PFS (progression-free survival) (LoE I)

B

c. Βελτίωση της επιβίωσης (LoE IV)

B

2. Η χημειοθεραπεία συστήνεται για βελτίωση του PFS και της επιβίωσης από ca ενδομητρίου (LoE II)

3. Υπάρχουν περισσότερα στοιχεία που συνηγορούν υπέρ της συνδυασμένης χορήγησης ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας στη νόσο σταδίου III:

B

a. IIIA: Εξωτερική ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία (LoE II)

B

b. IIIB: Εξωτερική ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία (LoE II)

B

c. IIIC1: Εξωτερική ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία (LoE II)

B

d. IIIC2: Χημειοθεραπεία και εκτεταμένη εξωτερική ακτινοθεραπεία (LoE II)

Σε ασθενείς με υψηλού κινδύνου ,μη ενδομητριοειδή καρκίνο:

1. Ορώδη και διαυγοκυτταρικά καρκινώματα μετά από πλήρη σταδιοποίηση:

B

a. Προτείνεται χημειοθεραπεία, αλλά χρειάζονται περισσότερες μελέτες (LoE III)

C

b. St IA, LVSI(-) : Προτείνεται μόνο βραχυθεραπεία χωρίς χημειοθεραπεία (LoE IV)

C

c. St \geq IB: Εξωτερική ακτινοθεραπεία μαζί με χημειοθεραπεία ιδιαίτερα σε περιπτώσεις θετικών λεμφαδένων (LoE III)

2. Καρκινοσαρκώματα και αδιαφοροποίητοι όγκοι:

B

a. Συστήνεται χημειοθεραπεία (LoE II)

C

b. Προτείνεται εξωτερική ακτινοθεραπεία αλλά χρειάζονται περισσότερες μελέτες (LoE III)

ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ ΚΑΙ ΥΠΟΤΡΟΠΗ

10. ΕΧΕΙ ΘΕΣΗ Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ Ή Η ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΥΠΟΤΡΟΠΕΣ

- C** Σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο ή υποτροπή, προτείνεται χειρουργική παρέμβαση μόνο αν μπορεί να επιτευχθεί πλήρης μακροσκοπική κυτταρομείωση (ασθενής ελεύθερη υπολειπόμενης νόσου). Σε συγκεκριμένες περιπτώσεις με στόχο την ανακούφιση της ασθενούς προτείνεται παρηγορητική επέμβαση (LoE IV)
- C** Η εξεντέρωση αποτελεί επιλογή σε συγκεκριμένες ασθενείς με τοπικά προχωρημένη νόσο και για μεμονωμένες τοπικές υποτροπές μετά από ακτινοθεραπεία, αν απαιτούνται ελεύθερα χειρουργικά όρια (LoE IV)
- C** Η πλήρης εκτομή απομακρυσμένων μεταστάσεων και πυελικών ή οπισθοπεριτοναϊκών λεμφαδένων μπορεί να συζητηθεί μόνο αν είναι τεχνικά εύκολη με βάσει την εντόπιση της νόσου (LoE V)
- B** Ο ιστολογικός τύπος της βλάβης δε θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν στην απόφαση για χειρουργική επέμβαση (LoE IV)
- A** Η στοχευμένη ακτινοθεραπεία έχει ένδειξη σε ασθενείς με μεμονωμένη κολπική τοπική υποτροπή μετά από χειρουργική επέμβαση (LoE III)
- C** Για υποτροπή στον κόλπο ή στους πυελικούς λεμφαδένες ο συνδυασμός ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας αποτελεί επιλογή ιδιαίτερος σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο συστηματικής υποτροπής (LoE IV)
- C** Σε συγκεκριμένες ασθενείς με υποτροπή στον κόλπο ή στους πυελικούς λεμφαδένες αποτελεί επιλογή η συστηματική θεραπεία ή και η χειρουργική επέμβαση πριν τη διενέργεια ακτινοθεραπείας (LoE V)
- C** Σε ειδικά επιλεγμένες ασθενείς αποτελεί επιλογή η επαναακτινοβολήση με εξειδικευμένες τεχνικές (LoE V)
- A** Η ακτινοθεραπεία έχει ένδειξη για την ανακούφιση των συμπτωμάτων που οφείλονται σε τοπική υποτροπή της νόσου ή σε συστηματική νόσο (LoE IV)
- B** Η ακτινοθεραπεία έχει ένδειξη σε πρωτοπαθής ανεγχείρητους όγκους ή όπου η χειρουργική επέμβαση δε δύναται να πραγματοποιηθεί ή αντενδείκνυται βάσει της γενικής κατάστασης της ασθενούς (LoE IV)

11. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΔΥΝΑΤΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΥΠΟΤΡΟΠΕΣ

C Σε προχωρημένο EEC ή σε υποτροπή του έχει ένδειξη η ορμονική θεραπεία (LoE II)

B Σε ενδομητριοειδείς όγκους grade 1-2 η ορμονοθεραπεία είναι αποτελεσματική (LoE IV)

B Η κατάσταση των ορμονικών υποδοχέων θα πρέπει να ελέγχεται πριν τη χορήγηση ορμονοθεραπείας αφού θα είναι περισσότερο αποτελεσματική σε ασθενείς με όγκο θετικό σε οιστρογονικούς και προγεστερονικούς υποδοχείς (LoE III)

C Σε υποτροπή νόσου θα πρέπει να πραγματοποιείται βιοψία αφού μπορεί να υπάρχουν διαφορές στους ορμονικούς υποδοχείς του πρωτοπαθούς όγκου από αυτούς της μετάστασης (LoE III)

A Η ορμονική θεραπεία θεωρείται πρώτης γραμμής θεραπεία σε ασθενείς με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς (σε όγκους grade 1-2) και χωρίς ταχέως αναπτυσσόμενη νόσο (LoE V)

A Γενικά συστήνονται προγεσταγόνα (MPA 200mg ή MA 160mg) (LoE III)

C Άλλοι ορμονικοί παράγοντες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι η φουλβεστράντη, η ταμοξιφαίνη και αναστολείς της αρωματάσης (LoE III)

A Η βασική θεραπεία συνίσταται σε 6 κύκλους (3ς εβδομαδιαίως) καρβοπλατίνης και πακλιταξέλης. Αυτό βασίζεται σε τυχαιοποιημένη μελέτη που δείχνει ίδια ανταπόκριση και λιγότερες παρενέργειες από το σχήμα σισπλατίνη/δοξορουβικίνη/πακλιταξέλη (LoE I)

C Δεν υπάρχουν στοιχεία για τη χημειοθεραπεία δεύτερης γραμμής (LoE V)

12. ΠΟΙΟΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΠΙΟ ΥΠΟΣΧΟΜΕΝΟΙ ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΠΟΙΑ ΣΧΕΔΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΤΟΥΣ ΟΦΕΛΟΥΣ

B

Η οδός PI3K / PTEN / AKT / mTOR, PTEN, RAS-MAPK, η αγγειογένεση (ειδικά FGFR2 και VEGF / VEGFR), ER / PgR και HRD / MSI μεταβάλλονται στον καρκίνο του ενδομητρίου και η σχετικότητα τους πρέπει να μελετηθεί σε κλινικές δοκιμές με στοχευμένους παράγοντες (LoE III)

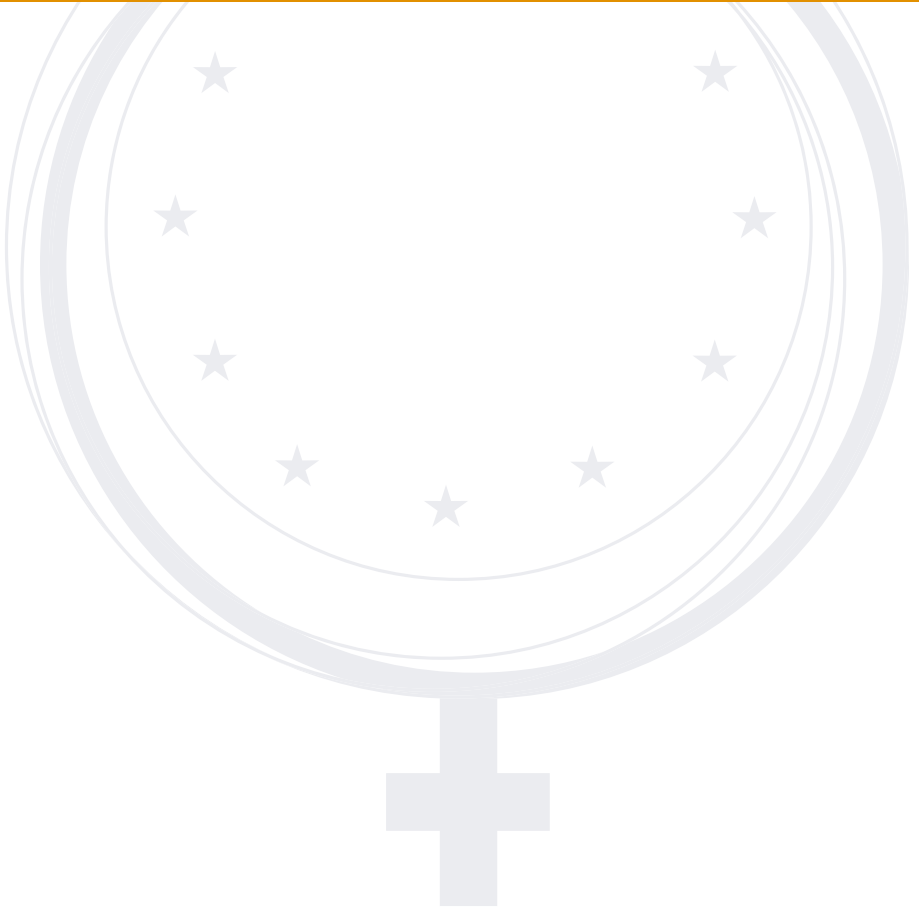
A

Τα φάρμακα που στοχεύουν στη σηματοδότηση της οδού PI3K / mTOR και στην αγγειογένεση έδειξαν μέτρια δράση, αλλά δεν έχει εγκριθεί κανένας παράγοντας για κλινική χρήση και δικαιολογούνται περαιτέρω μελέτες που καθοδηγούνται από βιοδείκτες (LoE III)

A

Σχέδια κλινικών δοκιμών για νέα στοχοθετημένη θεραπεία:

1. Μελέτες με πολλαπλές ομάδες που σχετίζονται με ιστολογική υποτύπων και / ή μοριακών μεταβολών θεωρούνται πρώτης προτεραιότητας
2. Συνιστώνται κλινικές δοκιμές με βιοψία κατά την εισαγωγή και διαδοχικές βιοψίες κατά τη διάρκεια των δοκιμών με μοριακά τελικά σημεία
3. Τα PFS ή PFS σε ένα ορισμένο χρονικό σημείο είναι τα προτιμώμενα πρωταρχικά τελικά σημεία για τις δοκιμές πρώιμης φάσης
4. Το OS είναι το προτιμώμενο πρωταρχικό τελικό σημείο στις δοκιμές φάσης III, εκτός αν σχεδιάζεται ή αναμένεται διασταύρωση (LoE V)



Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές αναπτύχθηκαν από το ESMO, το ESGO και το ESTRO και δημοσιεύονται από κοινού στα Annals of Oncology, στο Διεθνές Περιοδικό Γυναικολογικού Καρκίνου και Ακτινοθεραπείας & Ογκολογίας. Οι τρεις εταιρίες ανακοίνωσαν τους συμμετέχοντες που παρακολούθησαν τη διάσκεψη συναίνεσης.

Members of the ESMO-ESGO-ESTRO Endometrial Consensus Conference Working Group:

M. Abal, Translational Medical Oncology (IDIS), Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (SERGAS), Santiago de Compostela, Spain; O. Altundag, Department of Medical Oncology, Başkent University Hospital, Ankara, Turkey; F. Amant, Department of Gynecological Oncology, University Hospital Leuven, Leuven, Belgium and Center for Gynecological Oncology Amsterdam (CGOA), Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam, The Netherlands; S. Banerjee, Gynaecology Unit, The Royal Marsden NHS Foundation Trust, London, UK; T. Bosse, Department of Pathology, Leiden University Medical Center, Leiden, The Netherlands; A. Casado, EORTC Gynecological tumor group, Hospital Universitario San Carlos, Madrid, Spain; L. C. de Agustín, MD Anderson Cancer Center, Madrid, Spain and University of Texas, USA; D. Cibula, Department of Obstetrics and Gynecology, Charles University, Prague, Czech Republic; N. Colombo, Division of Medical Gynecologic Oncology, European Institute of Oncology and University of Milan- Bicocca, Milan, Italy; C. Creutzberg, Department of Radiation Oncology, Leiden University Medical Center, Leiden, The Netherlands; J.-M. del Campo, Division of Medical Oncology, Vall d'Hebron Institute of Oncology, Barcelona, Spain; G. Emons, Department of Obstetrics & Gynecology, Georg-August-Universität Göttingen, Frauenklinik, Göttingen, Germany; F. Goffin, Department of Gynecologic Oncology, CHU Liège, Site Hôpital de la Citadelle, Liège, Belgium; A. González- Martín, Department of Medical Oncology, GEICO and MD Anderson Cancer Center, Madrid, Spain; S. Greggi, Department of Gynecologic Oncology, National Cancer Institute of Naples, Naples, Italy; C. Haie-Meder, Department of Radiation Oncology, Brachytherapy Service, Gustave Roussy Hospital, Villejuif, France; D. Katsaros, Department of Gynecologic Oncology, Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute, Sant'Anna Hospital and University of Turin, Turin, Italy; V. Kesic, Medical Faculty, University of Belgrade and Department of Obstetrics and Gynecology, Clinical Center of Serbia, Belgrade, Serbia; C. Kurzeder, Department of Gynaecology and Gynaecologic Oncology, Kliniken Essen-Mitte, Essen, Germany; S. Lax, Department of Pathology, Hospital Graz West, Graz, Austria; F. Lécuru, Service de Chirurgie Gynécologique et Cancérologique, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, France; J. Ledermann, Department of Oncology and Cancer Trials, UCL Cancer Institute, London, UK; T. Levy, Division of Gynecologic Oncology, Wolfson Medical Center, Tel-Aviv University, Holon, Israel; D. Lorusso, Department of Gynecologic Oncology, Fondazione 'IRCCS' National Cancer Institute of Milan, Milan, Italy; J. Mäenpää, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Tampere and Tampere University Hospital, Tampere, Finland; C. Marth, Department of Obstetrics and Gynecology, Innsbruck Medical University, Innsbruck, Austria; X. Matias-Guiu, Department of Pathology and Molecular Genetics and Research Laboratory, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, University of Lleida, Lleida, Spain; P. Morice, Department of Gynaecological Surgery, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France; H. W. Nijman, Department of Gynaecologic Oncology, University Medical Center Groningen, University of Groningen, Groningen, The Netherlands; R. Nout, Department of Radiotherapy, Leiden University Medical Center, Leiden, The Netherlands; M. Powell, Department of Clinical Oncology, Barts Health NHS Trust, St Bartholomew's Hospital, West Smithfield, London, UK; D. Querleu, Department of Surgery, Institut Bergonié, Bordeaux, France and Department of Gynecology and Obstetrics, McGill University Health Centre, Montreal, Quebec, Canada; M. R. Mirza, Department of Oncology, Rigshospitalet, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Denmark; N. Reed, Department

of Clinical Oncology, Beatson Oncology Centre, Gartnavel General Hospital, Glasgow, UK; A. Rodolakis, First Department of Obstetrics and Gynecology, Athens University, Alexandra Hospital, Athens, Greece; H. Salvesen, Department of Clinical Science, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway; J. Sehouli, Department of Gynecology, Charité– Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany; C. Sessa, Department of Medical Oncology, Oncology Institute of Southern Switzerland, Ospedale San Giovanni, Bellinzona, Switzerland; A. Taylor, Gynaecology Unit and Department of Radiotherapy, The Royal Marsden NHS Foundation Trust, London, UK; A. Westermann, Department of Medical Oncology, Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands; A. G. Zeimet, Department of Obstetrics and Gynecology, Innsbruck Medical University, Innsbruck, Austria.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ-ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

Γεώργιος Π. Παναγάκης

Υποπλοίαρχος Ιατρός Πολεμικού Ναυτικού

Υποψήφιος Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Ειδ. Μαιευτικής & Γυναικολογίας

Ά Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική ΕΚΠΑ

ΓΝΑ "Αλεξάνδρα"

Access the full ESGO Guidelines



© 2019 European Society of Gynaecological Oncology

All rights reserved. No part of this book can be reprinted, reproduced, transmitted or utilised in any form by any electronic, mechanical, or other means, now known or hereafter invented, including photocopying, microfilming, and recording, or any information storage or retrieval system, without written permissions of ESGO.

Reasonable efforts have been made to publish reliable data and information, but the authors and publisher cannot assume responsibility for the validity of all materials or for the consequences of their use, and the ultimate responsibility rests with the prescribing physician.



ESGO Office
7, Rue François-Versonnex
1211 Geneva 6, Switzerland
Email: adminoffice@esgomail.org
www.esgo.org