

**ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ
ΩΟΘΗΚΩΝ**

**ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ
ΟΔΗΓΙΕΣ 2017**







ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΩΟΘΗΚΩΝ

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"

Querleu, D., Planchamp, F., Chiva, L., Fotopoulou, C., Barton, D., Cibula, D., ... du Bois, A. (2017). European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) Guidelines for Ovarian Cancer Surgery. *International Journal of Gynecological Cancer*, 27(7), 1534–1542. DOI: 10.1097/IGC.0000000000001041

Η ESGO θα ήθελε να ευχαριστήσει τη διεθνή ομάδα ανάπτυξης για τη διαρκή διαθεσιμότητα, την εργασία και τη διαμόρφωση αυτών των οδηγιών για ασθενείς με καρκίνο ωοθηκών. Η ESGO είναι επίσης ευγνώμων στους 66 διεθνείς εξωτερικούς κριτές για τη συμμετοχή τους (ο κατάλογος διατίθεται στην ιστοσελίδα της).

Η ESGO επιθυμεί επίσης να εκφράσει την ειλικρινή ευγνωμοσύνη της προς το Γαλλικό Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου για την παροχή της κύριας χρηματοδότησης αυτής της εργασίας.

ΟΝΟΜΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ
Denis Querleu	Surgeon (chair)	Institut Bergonié, Bordeaux (France)
François Planchamp	Methodologist (co-chair)	Institut Bergonié, Bordeaux (France)
Giovanni Aletti	Gynaecologic	Oncologist European Institute of Oncology, Milan (Italy)
Desmond Barton	Gynaecologic Oncologist	Royal Marsden Hospital, London (United Kingdom)
Silvestro Carinelli	Pathologist	European Institute of Oncology, Milan (Italy)
Luis Chiva	Gynaecologic Oncologist	Clinica Universidad de Navarra, Pamplona (Spain)
David Cibula	Gynaecologic Oncologist	Charles University Hospital, Prague (Czech Republic)
Karen Creutzberg	Radiation Oncologist	Leiden University Medical Centre, Leiden (Netherlands)
Ben Davidson	Pathologist	Norwegian Radium Hospital, Oslo (Norway)
Andreas du Bois	Gynaecologic Oncologist	Kliniken Essen-Mitte, Essen (Germany)
Christina Fotopoulou	Gynaecologic Oncologist	Imperial College London, London (United Kingdom)
Philip Harter	Gynaecologic Oncologist	Kliniken Essen-Mitte, Essen (Germany)
Eric Leblanc	Surgeon	Centre Oscar Lambret, Lille (France)
Lene Lundvall	Gynaecologic Oncologist	Rigshospitalet, Copenhagen (Denmark)
Christian Marth	Gynaecologic Oncologist	Innsbruck Medical University, Innsbruck (Austria)
Philippe Morice	Surgeon	Institut Gustave Roussy, Villejuif (France)
Arash Rafi	Clinical scientist	Weill Cornell Medical College in Qatar, Doha (Qatar)
Isabelle Ray-Coquard	Medical Oncologist	Centre Léon Bérard, Lyon (France)
Andrea Rockall	Radiologist	Imperial College London, London (United Kingdom)
Christiana Sessa	Medical Oncologist	Oncology Institute of Southern Switzerland, Bellinzona (Switzerland)
Ate van der Zee	Gynaecologic Oncologist	University Medical Centre, Groningen (Netherlands)
Ignace Vergote	Gynaecologic Oncologist	University Hospitals, Leuven (Belgium)

Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Γυναικολογικής Ογκολογίας (ESGO) επικεντρώνονται στο ρόλο, τους στόχους και τα πρότυπα της χειρουργικής διαχείρισης του διαγνωσμένου επιθηλιακού καρκίνου ωοθηκών, σαλπίγγων και περιτοναϊκού καρκίνου. Η διαχείριση μη επιθηλιακών καρκίνων και οριακής κακοήθειας όγκων δεν περιλαμβάνεται. Δεν εξετάζεται ο πληθυσμιακός έλεγχος και ειδική προφύλαξη για τον καρκίνο των ωοθηκών. Η διάγνωση και η διαχείριση των εξαρτηματικών μαζών θα εξετασθούν μόνο όσον αφορά τον ελάχιστο αναγκαίο προεγχειρητικό έλεγχο. Η ιατρική διαχείριση δεν εξετάζεται, δεδομένου ότι τα πρότυπα ιατρικής διαχείρισης (που αναφέρονται ως «χημειοθεραπεία») θα καθοριστούν σε μια προσεχή διάσκεψη σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Κλινικής Ογκολογίας (ESMO).

Πραγματοποιήθηκε μια διαδικασία ανάπτυξης πέντε σταδίων:



Οι στόχοι των κατευθυντήριων γραμμών είναι να βελτιώσουν και να ομογενοποιήσουν τη διαχείριση ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών. Η κατευθυντήρια γραμμή καλύπτει τη διάγνωση, τον προεγχειρητικό έλεγχο, την εξειδικευμένη πολυεπιστημονική λήψη αποφάσεων και τη χειρουργική αντιμετώπιση για ασθενείς ηλικίας άνω των 18 ετών με επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών και παρέχει πληροφορίες για συζήτηση με τους ασθενείς και τους φροντιστές.

Αποκλείει τη διαχείριση οριακής κακοήθειας όγκων και δεν περιλαμβάνει καμία οικονομική ανάλυση των στρατηγικών. Οποιοσδήποτε κλινικός γιατρός που επιδιώκει να εφαρμόσει ή να συμβουλευτεί αυτές τις οδηγίες αναμένεται να χρησιμοποιήσει ανεξάρτητη ιατρική κρίση για κάθε κλινική περίπτωση όσον αφορά τον προσδιορισμό της φροντίδας ή της θεραπείας κάθε ασθενούς.

Για να διασφαλιστεί ότι οι αναφορές που γίνονται σε αυτό το έγγραφο είναι τεκμηριωμένες, η τρέχουσα βιβλιογραφία αναθεωρήθηκε και εκτιμήθηκε. Πραγματοποιήθηκε αναλυτική βιβλιογραφική ανασκόπηση των μελετών που δημοσιεύτηκαν μεταξύ Ιανουαρίου 2005 και Μαΐου 2016.

Οι κατευθυντήριες γραμμές διατηρήθηκαν εάν υποστηρίχθηκαν από επαρκείς επιστημονικές αποδείξεις υψηλού επιπέδου και / ή όταν υπήρξε μεγάλη συναίνεση μεταξύ των εμπειρογνομόνων.

Από προεπιλογή, μια κατευθυντήρια γραμμή κλινικής προσέγγισης ορίζεται ως η βασική κλινική προσέγγιση. Εάν μια προσέγγιση κρίνεται αποδεκτή αλλά δεν αναγνωρίζεται ομόφωνα ως κλινική προσέγγιση βασισμένη σε κριτήρια, δίνεται η ένδειξη ότι εξακολουθεί να υπόκειται σε συζήτηση ή / και αξιολόγηση.

Αυτές οι κατευθυντήριες οδηγίες έχουν πέντε διαφορετικά επίπεδα αξιολόγησης (σύστημα βαθμολόγησης SIGN-1):

- A Τουλάχιστον μία μετα-ανάλυση, συστηματική ανασκόπηση ή τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη με βαθμό 1 ++ και άμεσα εφαρμοσμένες στον πληθυσμό-στόχο ή ένα σύνολο αποδεικτικών στοιχείων που αποτελείται κυρίως από μελέτες βαθμολογούμενες ως 1+, οι οποίες εφαρμόζονται άμεσα στον πληθυσμό-στόχο και αποδεικνύουν τη συνολική συνέπεια των αποτελεσμάτων

 - B Ένα σύνολο στοιχείων που περιλαμβάνει μελέτες με βαθμολογία 2 ++, άμεσα εφαρμοσμένες στον πληθυσμό - στόχο, και αποδεικνύει τη συνολική συνέπεια των αποτελεσμάτων ή επεξήγηση στοιχείων από μελέτες με βαθμολογία 1 ++ ή 1+

 - C Μια σειρά στοιχείων που περιλαμβάνουν μελέτες με βαθμολογία 2+, άμεσα εφαρμοσμένες στον πληθυσμό - στόχο και αποδεικνύουν τη συνολική συνέπεια των αποτελεσμάτων ή επεξήγηση στοιχείων από μελέτες με βαθμολογία 2 ++

 - D Συνιστώμενη βέλτιστη τακτική βάσει της κλινικής εμπειρίας της ομάδας δημιουργίας των κατευθυντήριων οδηγιών

 - ✓ Συνιστώμενη βέλτιστη τακτική βάσει της κλινικής εμπειρίας της ομάδας δημιουργίας των κατευθυντήριων οδηγιών
-

- 1++ αναλύσεις υψηλής ποιότητας, συστηματικές ανασκοπήσεις τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών (RCTs) ή RCT με πολύ χαμηλό κίνδυνο υποκειμενικότητας.
 - 1+ καλά στημένες μετα-αναλύσεις, συστηματικές ανασκοπήσεις ή RCT με χαμηλό κίνδυνο υποκειμενικότητας.
 - 2++ συστηματικές ανασκοπήσεις υψηλής ποιότητας για την παρακολούθηση των περιστατικών ή μελέτες κοόρτης / μελέτες περιστατικού ή κοόρτης με πολύ χαμηλό κίνδυνο διασταυρούμενων αποτελεσμάτων ή υποκειμενικότητας και μεγάλη πιθανότητα η συσχέτιση να είναι αιτιακή.
 - 3 μελέτες χωρίς ανάλυση, π.χ. παρουσιάσεις περιστατικών, σειρές υποθέσεων.
 - 4 απόψεις ειδικών
-

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ.....	8
2. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ.....	9
3. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΩΟΘΗΚΩΝ ΣΤΑΔΙΟΥ I-II	10
4. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΩΟΘΗΚΩΝ ΣΤΑΔΙΟΥ III-IV	12
5. ΕΛΑΧΙΣΤΕΣ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	14

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ



Συνιστάται κλινική εξέταση συμπεριλαμβανομένης της κοιλιακής χώρας, του κόλπου και του ορθού. Επίσης θα πρέπει να γίνεται εκτίμηση του στήθους, της βουβωνικής, της μασχαλιαίας χώρας και της υπερκλείδιας χώρας καθώς και ακρόαση πνευμόνων.

B

Σε κάθε εξαρτηματικό όγκο, θα πρέπει να πραγματοποιείται σαν πρωταρχικός έλεγχος ρουτίνας διακολπικό και διακοιλιακό υπερηχογράφημα.

B

Σε περιπτώσεις υποψίας καρκίνου ωοθηκών ή αδιευκρίνιστων/ύποπτων μαζών στα υπερηχογραφήματα ρουτίνας πρέπει να διενεργούνται εξειδικευμένες απεικονιστικές εξετάσεις (θώρακος, κοιλίας, πυέλου).



Θα πρέπει να διενεργείται έλεγχος καρκινικών δεικτών. Ο βασικός δείκτης είναι ο CA 125 ενώ έχει προταθεί και ο HE4. Επιπλέον σε περιπτώσεις νέων ασθενών ή βλενωδών ή μη-επιθηλιακών ή όγκων που δεν εξορμώνται από τα εξαρτήματα είναι χρήσιμος ο προσδιορισμός των: AFP, hCG, CEA, CA 19-9, inhibin B, AMH, οιστραδιόλη, τεστοστερόνη.

ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΜΕΝΗ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ

C

Ασθενείς χωρίς επείγουσα κλινική εικόνα οι οποίες φέρουν ύποπτη εξαρτηματική/περιτοναϊκή κακοήθεια θα πρέπει να απευθύνονται σε ειδικό στην γυναικολογική ογκολογία.

✓

Θα πρέπει να αποφεύγεται η χειρουργική επέμβαση σε χαμηλού βεληνεκούς και ποιότητας κέντρα.

C

Η θεραπεία θα πρέπει να αποφασίζεται σε διεπιστημονικό ογκολογικό συμβούλιο. Θα πρέπει να αποκλειστούν μη εξαιρεσίμες μεταστάσεις και δευτεροπαθείς ωσθηκικές ή περιτοναϊκές μεταστάσεις από άλλους πρωτοπαθείς όγκους όταν αυτό υποδεικνύεται από το οικογενειακό ιστορικό, τα συμπτώματα, τον απεικονιστικό έλεγχο και τους καρκινικούς δείκτες (CA 125/CEA). Επίσης θα πρέπει να λαμβάνεται έγγραφη συγκατάθεση της ασθενούς.

✓

Όλες οι ασθενείς θα πρέπει προεγχειρητικά να επανεκτιμηθούν σε διεπιστημονικό ογκολογικό συμβούλιο.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΩΟΘΗΚΩΝ ΣΤΑΔΙΟΥ I-II

B

Για τη χειρουργική θεραπεία του πρώιμου καρκίνου των ωοθηκών προτείνεται η μέση κάθετη λαπαροτομία. Ο καρκίνος ωοθηκών σταδίου 1 μπορεί να αντιμετωπιστεί και λαπαροσκοπικά με την προϋπόθεση ότι ο γυναικολόγος ογκολόγος έχει την εμπειρία να πραγματοποιήσει την σωστή σταδιοποίηση. Θα πρέπει κατά τη διάρκεια του χειρουργείου να αποφεύγεται η ρήξη του όγκου.

B

Θα πρέπει διεγχειρητικά να αποφεύγεται η ρήξη ενός άθικτου εξαρτηματικού όγκου.

B

Η διαθεσιμότητα ταχείας βιοψίας επιτρέπει την πραγματοποίηση της ανάλογης χειρουργικής επέμβασης σε πρώτο χρόνο. Είναι κατανοητό ότι η ταχεία βιοψία δεν είναι αδιαμφισβήτητη και η οριστική βιοψία είναι απαραίτητη για την τελική διάγνωση.

✓

Όταν η ταχεία βιοψία δεν είναι διαθέσιμη ή όταν δεν είναι διαφωτιστική προτιμάται η επέμβαση σε δυο χρόνους.

✓

Η ολική υστερεκτομή και η αμφοτερόπλευρη σαλπινγγοωθηκτομή είναι δεδομένη.

C

Σε επιλεγμένες προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς οι οποίες επιθυμούν διατήρηση της γονιμότητάς τους, μπορεί να πραγματοποιηθεί ετερόπλευρη εξαρτηματεκτομή³.

B

Είναι αποδεκτή η λαπαροσκοπική επανασταδιοποίηση αν πραγματοποιηθεί από γυναικολόγο ογκολόγο ικανό να πραγματοποιήσει ολοκληρωμένη επέμβαση.

✓

Προτείνεται οπτικός έλεγχος όλης της περιτοναϊκής κοιλότητας.

C

Συστήνεται λήψη ελεύθερου περιτοναϊκού υγρού και εκπλυμάτων πριν από τους χειρουργικούς χειρισμούς.

C

Όταν δεν ανευρίσκονται ύποπτες εμφυτεύσεις στην πύελο, τις παρακολικές αύλακες και υποδιαφραγματικά συστήνεται η λήψη τυφλών βιοψιών από το περιτόναιο.

C

Συστήνεται το λιγότερο υποκοιλιακή επιπλεκτομή.

B

Συστήνεται αμφοτερόπλευρη πυελική και παραορτική λεμφαδενεκτομή μέχρι το ύψος της αριστερής νεφρικής φλέβας (με εξαίρεση το στάδιο 1 του βλεννώδους αδενοκαρκινώματος)

✓

Σε περιπτώσεις όπου μια θεωρητικά καλοήθης κατάσταση αποδεικνύεται κακοήθης και δεν έχει γίνει σωστή σταδιοποίηση επιβάλλεται και νέα χειρουργική επέμβαση.

✓

Δεν απαιτείται επανεπέμβαση για σκωληκοειδεκτομή (αν δεν αφαιρέθηκε στο χειρουργείο), ακόμα και σε περιπτώσεις βλεννώδους καρκινώματος, αν η σκωληκοειδής απόφυση ήταν φυσιολογική.

- 3** Η συζήτηση για διατήρηση γονιμότητας θα πρέπει να καταγράφεται στο φάκελο ασθενούς. Η τελική απόφαση λαμβάνεται μετά από σωστή σταδιοποίηση και βάσει του σταδίου της νόσου και του βαθμού διαφοροποίησης. Είναι αποδεκτή σε περίπτωση σταδίων IA ή IC1, σε υψηλής διαφοροποίησης ορώδη ή βλεννώδη καρκινώματα, ή σε διηθητικούς βλεννώδεις όγκους. Άλλες υποκατηγορίες σταδίου 1 θα πρέπει να εξατομικεύονται. Προτείνεται η διατήρηση της μήτρας και του ετερόπλευρου εξαρτήματος σε νέες ασθενείς με σταδίου IB χαμηλού κινδύνου διηθητικό καρκίνωμα και αρνητικές βιοψίες ενδομητρίου, αλλά δεν είναι η ενδεδειγμένη διαδικασία και δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία από μελέτες για να το στηρίξουν.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΩΟΘΗΚΩΝ ΣΤΑΔΙΟΥ III-IV



Απαιτείται μέση λαπαροτομία για τη διαχείριση του καρκίνου ωοθηκών σταδίου III-IV

A

Απαιτείται πλήρης κυτταρομείωση.Αποθαρρύνεται η μη-πλήρης χειρουργική επέμβαση



ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΑΤΕΛΗ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΙΩΣΗ:

- Διάχυτη βαθειά διήθηση της ρίζας του μεσεντερίου του λεπτού εντέρου.
- Διάχυτη καρκινωμάτωση του λεπτού εντέρου που η εξαίρεσή της θα οδηγήσει σε σύνδρομο βραχέως εντέρου (παραμένων λεπτό έντερο <1,5m)
- Διάχυτη συμμετοχή/βαθεία διήθηση στομάχου/δωδεκαδακτύλου (περιορισμένη αφαίρεση είναι δυνατή) και της κεφαλής ή του σώματος του παγκρέατος (η ουρά του παγκρέατος μπορεί να εξαιρεθεί)
- Συμμετοχή της κοιλιακής αρτηρίας,των ηπατικών και της αριστερής γαστρικής (οι κοιλιακοί λεμφαδένες μπορούν να εξαιρεθούν)



Η μεταστατική νόσος (στάδιο IVB) μπορεί να είναι εξαιρεσίμη.Οι κεντρικές ή διάσπαρτες παρεγχυματικές ηπατικές μεταστάσεις,οι πολλαπλές παρεγχυματικές πνευμονικές μεταστάσεις (ιστολογικά επιβεβαιωμένες κατά προτίμηση),και οι εγκεφαλικές μεταστάσεις δεν εξαιρούνται.

A

Προτείνεται πρωτογενές χειρουργείο σε ασθενείς όπου μπορεί να επιτευχθεί πλήρης κυτταρομείωση χωρίς να παραμείνει υπολειπόμενη νόσος με ανεκτό κίνδυνο επιπλοκών.



Το πρωτογενές χειρουργείο υπερτερεί του κινδύνου επιπλοκών όταν:

- Δεν υπάρχει μη-εξαιρέσιμη νόσος
- Θα επιτευχθεί πλήρης κυτταρομείωση χωρίς να παραμείνει υπολειπόμενη νόσος, με λογικό ποσοστό νοσηρότητας αφού ληφθεί υπόψιν και η κατάσταση της ασθενούς. Οι αποφάσεις θα πρέπει να εξατομικεύονται και να βασίζονται σε συγκεκριμένες παραμέτρους⁴.
- Η ασθενής αποδέχεται τη χρήση υποστηρικτικών μέτρων όπως η μετάγγιση αίματος ή τις στομίες.

A

Ενδιάμεσο χειρουργείο κυτταρομείωσης προτείνεται σε ασθενείς οι οποίες έχουν ανταποκριθεί στη χημειοθεραπεία και μπορεί να επιτευχθεί πλήρης εξαίρεση της νόσου.



Εάν η ασθενής δεν υπεβλήθει σε χειρουργείο μετά από 3 κύκλους χημειοθεραπείας τότε θα πρέπει να ληφθεί υπόψιν (εξατομικευμένα) η διενέργεια του μετά από άλλους 3 κύκλους επικουρικής χημειοθεραπείας.



Ασθενής με ανεγχείρητο όγκο ο οποίος παρά τη χημειοθεραπεία συνεχίζει να αναπτύσσεται δεν θα πρέπει να χειρουργούνται παρά μόνο για παρηγορητικούς λόγους. Σε τέτοιες περιπτώσεις προτείνεται η ανασκόπηση της παθολογίας σε ορώδη αδενοκαρκινώματα (πιθανός χαμηλής διαφοροποίησης) και επιπλέον έλεγχος σε βλεννώδη αδενοκαρκινώματα για συμμετοχή του γαστρεντερικού σωλήνα.

⁴ Παραδείγματα εξαιρέσιμης νόσου εκτός κοιλίας:

- Βουβωνικοί και μασχαλιαίοι λεμφαδένες
- Μηριαίοι ή παρακαρδιακοί λεμφαδένες
- Εστιακή πλευριτική υπεζοκωτική συμμετοχή
- Μεμονωμένες παρεγχυματικές πνευμονικές μεταστάσεις

Παραδείγματα εξαιρέσιμης ενδοκοιλιακής νόσου:

- Σπληνικές μεταστάσεις
- Καψικές ηπατικές μεταστάσεις
- Μεμονωμένη βαθειά ηπατική μετάσταση αναλόγως εντόπισης

ΕΛΑΧΙΣΤΕΣ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

- ✓ Στο πρακτικό της επέμβασης θα πρέπει να παρέχονται όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για το μέγεθος, την εντόπιση, την επέκταση και την υπολειπόμενη νόσο.
- ✓ Το μέγεθος και η εντόπιση της νόσου θα πρέπει να περιγράφονται αναλυτικά στην αρχή του πρακτικού.
- ✓ Θα πρέπει να γίνεται εκτίμηση και περιγραφή όλων των χώρων της κοιλίας και της πυέλου.
- ✓ Θα πρέπει να αναφέρονται όλοι οι χειρουργικοί χρόνοι που πραγματοποιήθηκαν.
- ✓ Αν παραμείνει υπολειπόμενη νόσος τότε θα πρέπει να περιγράφονται το μέγεθος και η εντόπισή της καθώς και οι λόγοι για τους οποίους δεν αφαιρέθηκε.
- ✓ Θα πρέπει κατ'ελάχιστο να είναι καταγεγραμμένες οι πληροφορίες που εμπεριέχονται στο πρακτικό χειρουργείου της ESGO.
- ✓ Στο φάκελο της ασθενούς θα πρέπει να καταγράφονται όλες οι απαραίτητες πληροφορίες⁵.
- ✓ Η χειρουργική θνησιμότητα και νοσηρότητα θα πρέπει να υπολογίζονται και να καταγράφονται και επιλεγμένες περιπτώσεις να συζητούνται.

⁵ Παθολογοανατομικός τύπος και βαθμός διαφοροποίησης, κατάσταση ασθενούς, θρέψη ασθενούς, επίπεδα αλβουμίνης, συνοσηρότητα, όταν είναι διαθέσιμη γηριατρική εκτίμηση, απεικονιστικός έλεγχος και/ή διαγνωστική λαπαροσκόπηση/λαπαροτομία, εντόπιση της νόσου, αριθμός αναστομώνσεων

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