

**ХИРУРГИЯ
РАКА
ЯИЧНИКА**
КАРМАННЫЙ
СПРАВОЧНИК





КАРМАННЫЙ СПРАВОЧНИК ХИРУРГИЯ РАКА ЯИЧНИКА

основан на

Рекомендациях ESGO
по хирургическому лечению рака яичника



RSGO

ОБЩЕСТВО
ОНКОЛОГОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

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

ESGO выражает глубокую благодарность интернациональной группе экспертов, принимавших участие в разработке рекомендаций по хирургическому лечению рака яичника. ESGO крайне признательно 66 интернациональным рецензентам за их участие (список рецензентов доступен на веб-сайте ESGO).

ESGO также выражает искреннюю благодарность Национальному Институту Рака (Франция) за финансирование данной работы.

ФИО	Специальность	Место работы
Denis Querleu	Хирург	Insitut Bergonie, Bordeaux (France)
Francois Planchamp	Методист	Institut Bergonie, Bordeaux (France)
Giovanni Aletti	Онкогинеколог	Institut Bergonie, Bordeaux (France)
Desmond Barton	Онкогинеколог	European Institute of Oncology, Milan (Italy)
Selvestro Carinelli	Патолог	Royal Marsden Hospital, London (United Kingdom)
Luis Chiva	Онкогинеколог	European Institute of Oncology, Milan (Italy)
David Cibula	Онкогинеколог	Clinica Universidad de Navarra, Pamplona (Spain)
Karen Creutzberg	Радиотерапевт	Charles University Hospital, Prague (Czech Republic)
Ben Davidson	Патолог	Leiden University Medical Centre, Leiden (Netherlands)
Andreas du Bois	Онкогинеколог	Kliniken Essen-Mitte, Essen (Germany)
Christina Fotopoulou	Онкогинеколог	Imperial College London, London (United Kingdom)
Philip Harter	Онкогинеколог	Kliniken Essen-Mitte, Essen (Germany)
Eric Leblanc	Хирург	Centre Osker Lambret, Lille (France)
Lene Lundvall	Онкогинеколог	Rigshospitalet, Copenhagen (Denmark)
Christian Marth	Онкогинеколог	Innsbruck Medical University, Innsbruck (Austria)
Philippe Morice	Хирург	Institut Gustave Roussy, Villejuif (France)
Arash Rafii	Научный сотрудник	Weill Cornell Medical College in Qatar, Doha (Qatar)
Isabelle Ray-Coquard	Медицинский онколог	Centre Leon Berard, Lyon (France)
Andrea Rockall	Радиотерапевт	Imperial College London, London (United Kingdom)
Christiana Sessa	Медицинский онколог	Oncology Institute of Southern Switzerland, Bellinzona (Switzerland)
Ate van der Zee	Онкогинеколог	University Medical Centre, Groningen (Netherlands)
Ignace Vergote	Онкогинеколог	University Hospitals, Leuven (Belgium)

ESGO также выражает благодарность Российскому обществу гинекологов-онкологов RSGO за адаптированный перевод и публикацию:

Адель Федоровна Урманчеева	Онкогинеколог	ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Петрова» (Россия, Санкт-Петербург)
Игорь Викторович Берлев	Онкогинеколог	ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Петрова» (Россия, Санкт-Петербург)
Елена Александровна Ульрих	Онкогинеколог	ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Петрова» Россия, Санкт-Петербург)
Анна Александровна Сидорук	Онкогинеколог	ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Петрова» Россия, Санкт-Петербург)
Христина Богдановна Котив	Онкогинеколог	ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Петрова» Россия, Санкт-Петербург)

В рекомендациях, разработанных Европейским Обществом Онкогинекологов (ESGO), освещена роль, задачи и стандарты хирургического лечения рака яичника, маточной трубы и первичного перитонеального рака. В данных рекомендациях не описаны принципы хирургического лечения неэпителиальных и пограничных опухолей яичника. Также в рекомендациях не освещены вопросы скрининга и профилактики рака яичника. Особенности диагностики и химиотерапии описаны в контексте минимально необходимых для подготовки к выполнению циторедуктивной операции. Лекарственная терапия не описана, так как стандарты лекарственного лечения (см. «химиотерапия») будут определены в рамках предстоящего консенсуса совместно с Европейским Обществом Терапевтов Онкологов (ESMO).

Процесс разработки рекомендации состоял из 5 этапов:



Основной задачей рекомендаций является создание единого подхода к тактике хирургического лечения, улучшение результатов лечения пациентов. В рекомендациях освещены вопросы диагностики и предоперационной подготовки, основанные на мультидисциплинарном принципе принятия решения, и подходах хирургического лечения пациенток в возрасте старше 18 лет с установленным диагнозом эпителиального рака яичника.

В рекомендациях не включены вопросы, касающиеся лечения пограничных опухолей и исключен экономический анализ предложенной стратегии лечения. Данные рекомендации являются независимым медицинским заключением в контексте индивидуального подхода к лечению и уходу за больным.

Рекомендации основаны на принципах доказательной медицины. Выполнен комплексный анализ литературы за период с января 2005 года по май 2016 года.

Положения включались в рекомендации в случае высокого уровня доказательности и/или при достижении консенсуса среди экспертов. По умолчанию, рекомендации являются стандартом лечения больных. В случае, если положение о подходе к лечению является приемлемым, но единогласно не признано в качестве стандарта лечения, в рекомендациях указано, что данный подход к лечению по-прежнему обсуждается и/или оценивается

В основе рекомендаций – 5 уровней доказательности в соответствии с критерием SIGN:

- A** Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ оцененное как 1 ++ с очень низкой вероятностью систематической ошибки; или набор фактических данных, включая исследования, оцененные как 1+, с очень низкой вероятностью систематической ошибки
- B** Набор фактических данных, включая исследования, рассчитанные как 2 ++; или экстраполированные данные из исследований, оцененных как 1 ++ или 1+
- C** Набор фактических данных, включая исследования, оцененные как 2+; или экстраполированные данные из исследований, оцененных как 2 ++
- D** Уровень доказательности 3 или 4; или экстраполированные данные из исследований, оцененных как 2+
- ✓ Рекомендации, основанные на клиническом опыте группы экспертов

*1++ высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью систематической ошибки; 1+ мета-анализы, систематические обзоры, РКИ с невысокой вероятностью систематической ошибки; 2++ высококачественный мета-анализ исследований типа «случай-контроль» или когортный анализ/ высококачественные исследования типа «случай-контроль» или когортные исследования с очень низкой вероятностью систематических ошибок; 2+ хорошо организованные исследования типа «случай-контроль» или когортные исследования с невысокой вероятностью систематических ошибок; 3 неконтролируемые исследования, описание отдельных случаев, либо серии случаев; 4 мнение экспертов.

СОДЕРЖАНИЕ

Диагностика и предоперационная подготовка.....	8
Мультидисциплинарный подход в принятии решения.....	9
Хирургическое лечение I-II стадии рака яичника.....	10
Хирургическое лечение III-IV стадии рака яичника.....	12
Минимальная необходимая информация.....	14
Протокол операции	

ДИАГНОСТИКА И ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА

✓	Клиническое обследование: абдоминальное и ректовагинальное обследование, обследование молочных желез, обследование паховой области, шейно-надключичной области, подмышечной области, аускультация легких.
B	УЗИ малого таза (трансвагинальное и трансабдоминальное) должно быть выполнено при наличии любых объёмных образований в проекции придатков матки.
B	Лучевые методы обследования грудной клетки, брюшной полости и малого таза должны быть выполнены в случае подозрения или подтверждения карциномы яичника.
✓	Исследование уровня онкомаркеров Ca-125, HE4. Дополнительные онкомаркеры АФП, ХГЧ, ЛДГ, РЕА, Са 19-9, ингибин В или АМГ, эстрадиол, тестостерон необходимо исследовать в следующих ситуациях: молодой возраст манифестации заболевания, подозрение на муцинозную, неэпителиальную или метастатическую опухоль яичника.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЯ

C	В случае отсутствия неотложной клинической картины и при подозрении на злокачественное заболевание (придатков/брюшины) пациент должен быть направлен в специализированную клинику к онкологу-гинекологу*.
✓	Хирургическое лечение в недостаточном объеме и качестве недопустимо. Важно наличие стационара и отделения интенсивной терапии. Участие центра в клинических исследованиях является показателем качества.
C	Тактика лечения должна определяться мультидисциплинарной командой специалистов, задачей которой является исключение нерезектабельных метастазов и метастатического поражения яичников и брюшины вторичного характера на основании наследственного онкологического анамнеза, клинических проявлений заболевания, данных лучевых методов обследования, уровня онкомаркера Ca-125/РЭА.
✓	В послеоперационном периоде результаты лечения должны быть обсуждены мультидисциплинарной командой, принимавшей решение о тактике лечения.

*Сертифицированный онколог-гинеколог. В странах, в которых отсутствуют данные сертификаты, лечение должен осуществлять хирург, владеющий хирургическим методом лечения онкогинекологических заболеваний (что составляет более 50% его практической деятельности).

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ I-II СТАДИИ РАКА ЯИЧНИКА

B	Доступ – срединная лапаротомия. При лечении рака яичника I стадии возможно применение лапароскопического доступа при условии наличия соответствующих навыков для осуществления адекватного стадирования заболевания. Интраоперационное повреждение капсулы опухоли с последующей диссеминацией опухолевых клеток недопустимо.
B	Интраоперационное повреждение интактной капсулы яичника недопустимо.
B	Объем хирургического лечения может быть определен на основании заключения срочного гистологического исследования. Необходимо понимать, что заключение срочного гистологического исследования является промежуточным, а «золотым» стандартом является окончательное гистологическое заключение.
✓	В случае недоступности срочного гистологического исследования или наличия неубедительного заключения по данным срочного гистологического исследования хирургическое лечение должно быть выполнено в два этапа.
✓	Стандартный объем - экстирпация матки с билатеральной сальпингоовариэктомией
C	Возможно выполнение унилатеральной сальпингоовариэктомии в случае выполнения операции, направленной на сохранение репродуктивной функции*.
B	Рестадирование лапароскопическим доступом, выполненное сертифицированным онкогинекологом, является приемлемым для оценки распространения заболевания.
✓	Должна быть выполнена полноценная ревизия органов брюшной полости и малого таза.

C

Рекомендовано выполнение мазков-отпечатков или цитологическое исследование смывов брюшины.

C

В случае отсутствия метастатического поражения тазовой, диафрагмальной и висцеральной брюшины, должна быть выполнена слепая мультифокальная биопсия.

C

Минимальный уровень оментэктомии - на уровне поперечной ободочной кишки.

B

Рекомендовано выполнение двусторонней тазовой лимфаденэктомии. Парааортальные лимфатические узлы должны быть удалены до уровня левой почечной вены (за исключением I стадии муцинозной аденокарциномы экспансивного типа).

✓

В случае, если хирургическое лечение выполнялось по поводу предварительного диагноза доброкачественной опухоли яичника, а по результату окончательного гистологического исследования выявлена карцинома, необходимо повторное хирургическое лечение с адекватным стадированием заболевания.

✓

Необязательно повторное хирургическое вмешательство с целью выполнения аппендэктомии, если по окончательному результату гистологического исследования выявлена муцинозная опухоль яичника, а интраоперационно данных за поражение аппендикса не получено.

*Окончательное решение о возможности выполнения органосохраняющего лечения основывается на данных интраоперационного стадирования заболевания и степени злокачественности опухоли. Сохранение репродуктивной функции возможно при IA или IC1 стадии заболевания, low-grade серозной или эндометриоидной морфологической форме или муцинозной аденокарциномой экспансивного типа. В случае выявления другой стадии или морфологической формы опухоли решение об объеме хирургического лечения решается индивидуально. Выполнение билатеральной сальпингоовариэктомии с сохранением матки возможно у молодых пациенток при IV стадии заболевания, low-grade опухоли, в случае отсутствия атипичических клеток при биопсии эндометрия. Однако, данный подход не является стандартом лечения, но данные некоторых исследований допускают такой объем лечения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ III-IV СТАДИИ РАКА ЯИЧНИКА

✓	Доступ – срединная лапаротомия.
A	Цель хирургического лечения - удаление всех макроскопических признаков заболевания. Выполнение циторедуктивной операции в неоптимальном объеме (первичной или интервальной) не допускается.
✓	Противопоказания к циторедуктивной операции: <ul style="list-style-type: none">• диффузная глубокая инфильтрация брыжейки тонкой кишки;• диффузная инфильтрация тонкой кишки, которая в случае резекции приведет к укорочению кишки менее 1,5 метра;• диффузное поражение/глубокая инфильтрация желудка, двенадцатиперстной кишки (возможно выполнение частичного иссечения), головки или тела поджелудочной железы (хвост поджелудочной железы может быть удален);• инвазия в чревный ствол, печеночную артерию, левую желудочную артерию (чревные узлы могут быть удалены)
✓	Метастазы (при IV стадии заболевания) могут быть резектабельными. Центральные или мультисегментарные метастазы в печени, множественные метастазы в легких (предпочтительно подтвержденные гистологически), нерезектабельные метастазы в лимфатических узлах, множественные метастазы в головном мозге являются нерезектабельными.
A	Рекомендовано выполнение первичной циторедуктивной операции у пациентов в случае возможности удаления всех макроскопических признаков заболевания, но при этом с приемлемым уровнем осложнений.

✓	Коэффициент риска, благоприятствующий первичной хирургии: <ul style="list-style-type: none">• нет данных за наличие нерезектабельных метастазов;• представляется возможным выполнение полной циторедуктивной операции с приемлемым уровнем послеоперационных осложнений (основываясь на коморбидности). Решение о возможности выполнения хирургического лечения решается индивидуально на основании оценки различных параметров*• в случае необходимости пациенту будет выполнена гемотранфузия или наложена стома.
A	Интервальная циторедуктивная операция планируется в случае достижения объективного ответа или стабилизации заболевания и наличия условий для выполнения полной циторедукции.
✓	В случае отсутствия условий для выполнения полной циторедуктивной операции после 3 курсов химиотерапии, индивидуально принимается решение о проведении еще 3 курсов химиотерапии с последующей оценкой возможности выполнения полной циторедуктивной операции.
✓	Неоперабельные пациенты, прогрессирующие на фоне неоадьювантной химиотерапии, не должны подвергаться хирургическому лечению, за исключением выполнения паллиативных операций, в случае невозможности ликвидации осложнений консервативными методами. В таких ситуациях целесообразно выполнить пересмотр гистологических препаратов с целью исключения метастатического поражения яичников.

*Примеры потенциально резектабельных экстраабдоминальных метастазов:

- паховые или подмышечные лимфатические узлы;
- ретрокуральные (позади ножек диафрагмы) и паракардиальные лимфатические узлы
- очаговое поражение париетальной плевры;
- единичные метастатические узлы в легком.

Примеры резектабельных интраабдоминальных метастазов в паренхиматозные органы:

- метастаз в селезенку
- метастазы по капсуле печени
- единичный метастаз в паренхиме печени (зависит от локализации)

МИНИМАЛЬНАЯ НЕОБХОДИМАЯ ИНФОРМАЦИЯ

- ✓ Информация о стороне поражения, размере, степени диссеминации опухолевого процесса, объеме выполненной циторедуктивной операции и объеме остаточной опухоли должны быть отражены в протоколе операции*.
- ✓ Должна быть соблюдена структура протокола операции. Диссеминация опухолевого процесса с указанием локализации и размера метастатических очагов должна быть описана в начале протокола.
- ✓ Все пространства брюшной полости и малого таза должны быть оценены и описаны в протоколе.
- ✓ Случаи достижения полной циторедуктивной операции должны быть отражены в протоколе.
- ✓ Остаточная опухоль (размер и расположение) должна быть описана в конце протокола операции. Должна быть указана причина невыполнения циторедуктивной операции в оптимальном объеме.
- ✓ Протокол операции должен быть написан в соответствии с требованиями ESGO .
- ✓ Гистологическое заключение должно включать всю необходимую информацию**.
- ✓ Осложнения, связанные с хирургическим лечением, и послеоперационная летальность, должны учитываться и в последующем обсуждаться на соответствующих заседаниях.**

⁵ Морфологический тип опухоли и степень злокачественности (G), общее состояние, уровень альбумина, коморбидность, эксплоративная лапароскопия или лапаротомия, диссеминация опухолевого процесса, число межкишечных анастомозов.

* Протокол операции представлен в приложении

**Морфологический тип опухоли и степень злокачественности (G), общее состояние, уровень альбумина, коморбидность, эксплоративная лапароскопия или лапаротомия, диссеминация опухолевого процесса, число межкишечных анастомозов.

Access the full ESGO Guidelines



© 2018 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