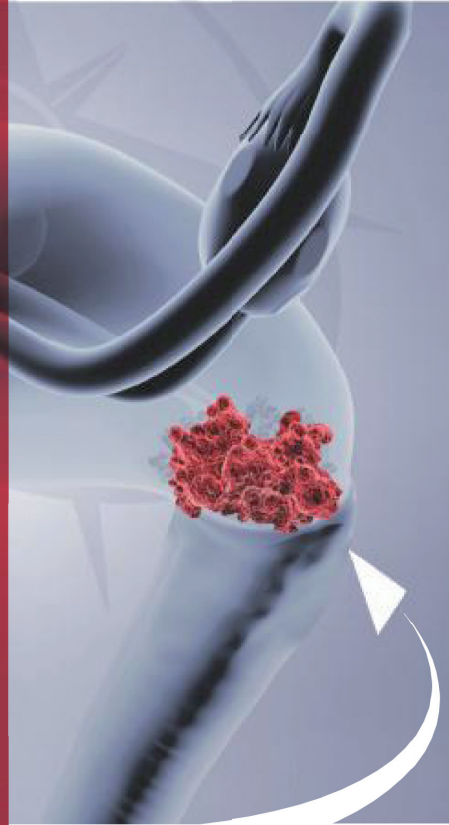


سرطان عنق
الرحم

كتيب
الإرشادات



تمت الترجمة والتدقيق من قبل

الدكتور عمر العلوان

Dr. Omar Alelwan

*This guideline was translated into Arabic by Omar Alelwan
(Jordanian Royal Medical Services, Amman)
under supervision of Suzan Osman
(Charité Comprehensive Cancer Center, Berlin)
and The Pan-Arabic Research Society of Gynecological Oncology.*

ESGO

European Society of
Gynaecological Oncology

كتيب الإرشادات سرطان عنق الرحم

اعتمادا على

إرشادات ESGO-ESTRO-ESP
لمعالجة مرضى سرطان عنق الرحم



Cibula, D., Pötter, R., Chiva, L., Planchamp, F., Avall-Lundqvist, E., Cibula, D., ... Raspollini, M., R. (2018). The European Society of Gynaecological Oncology/European Society for Radiotherapy and Oncology/European Society of Pathology Guidelines for the Management of Patients With Cervical Cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, 28(4), 641–655. DOI: 10.1097/IGC.0000000000001216

تود جمعية ال ESGO ان تشكر مجموعة التطوير الدولية لوجودهم المستمر وعملهم وإمكانية تطوير الإرشادات لمرضى سرطان عنق الرحم (انظر للأسفل) تود الجمعية ESGO ان تعرب عن امتنانها لـ 159 مراجع خارجي دولي لمشاركتهم (القائمة موجودة على الموقع) وتود ان تعرب عن خالص امتنانها أيضا للمعهد الدولي للسرطان دو(فرنسا) لتمويلهم الرئيسي لهذا العمل

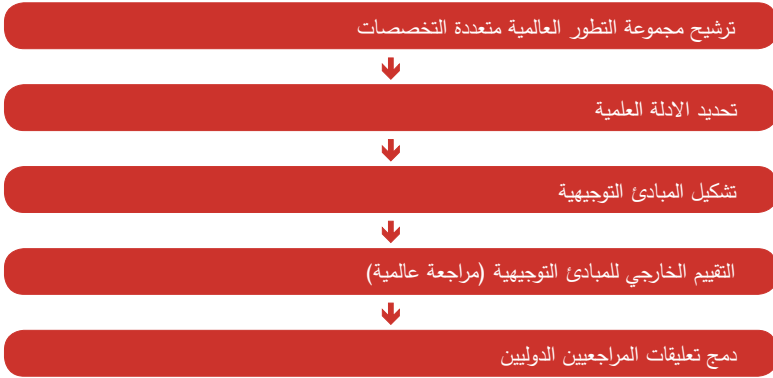
الاسم	التخصص	المؤسسة
David Cibula	Surgeon (chair)	Gynecologic Oncology Center, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital, Prague (Czech Republic)
Richard Pötter	Radiation oncologist (chair)	Vienna General Hospital, Vienna (Austria)
Maria Rosaria Raspollini	Pathologist (chair)	University Hospital, Careggi - Florence (Italy)
François Planchamp	Methodologist	Institut Bergonié, Bordeaux (France)
Elisabeth Avall-Lundqvist	Medical oncologist	Linköping University, Linköping (Sweden)
Daniela Fischerova	Radiologist	Gynecologic Oncology Center, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital, Prague (Czech Republic)
Christine Haie Meder	Radiation oncologist	Institut Gustave Roussy, Villejuif (France)
Christhardt Köhler	Surgeon	Asklepios Hambourg Altona and University of Cologne, Medical Faculty, Cologne (Germany)
Fabio Landoni	Surgeon	University of Milan Bicocca, Monza (Italy)
Sigurd Lax	Pathologist	General Hospital Graz Sued-West, Graz (Austria)
Jacob Christian Lindegaard	Radiation oncologist	Aarhus University, Aarhus (Denmark)
Umesh Mahantshetty	Radiation oncologist	ata Memorial Hospital, Mumbai (India)
Patrice Mathevet	Surgeon	Lausanne University, Lausanne (Switzerland)
W Glenn McCluggage	Pathologist	Belfast Health And Social Care Trust, Belfast (United Kingdom)
Mary McCormack	Medical oncologist	University College Hospital London, London (United Kingdom)
Raj Naik	Surgeon	Queen Elizabeth Hospital, Gateshead (United Kingdom)
Remi Nout	Radiation oncologist	Leiden University, Leiden (Netherlands)
Sandro Pignata	Medical oncologist	Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori "FondazioneG Pascale", IRCCS, Naples, (Italy)
Jordi Ponce	Surgeon	University Hospital of Bellvitge (IDIBELL), Barcelona (Spain)
Denis Querleu	Surgeon	Institut Bergonié, Bordeaux (France)
Francesco Raspagliesi	Surgeon	Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milan (Italy)
Alexandros Rodolakis	Surgeon	Athens University, Athens (Greece)
Karl Tamussino	Surgeon	Medical University of Graz, Graz (Austria)
Pauline Wimberger	Surgeon	Dresden University, TU Dresden, Dresden (Germany)

على الرغم من التقدم النوعي في مسح واكتشاف و معالجة آفات عنق الرحم في المرحلة ما قبل الغازية، يبقى سرطان عنق الرحم الغازي هو السرطان الخامس في الترتيب من حيث الانتشار بين النساء في أوروبا. هناك فوارق كبيرة بين أوروبا و بقية دول العالم في مدى حدوث أو معالجة و معدل الوفيات لدى المصابات في سرطان عنق الرحم¹

الجمعية الأوروبية لأورام أمراض النساء، والجمعية الأوروبية للمعالجة الشعاعية و أورام النساء، والجمعية الأوروبية لعلم تحليل العينات، جميعهم طوروا خطوط إرشادية ذات صلة وثيقة سريريا و تجريبيا بهذا الموضوع، بحيث خُطت تلك الأبحاث لتحديد مرحلة الورم، و المعالجة، و المتابعة فيما بعد ذلك

من سرطانات عنق الرحم الغامضة والتي T1a, T1b1/T2a1 T1a المعالجة تضمنت الخصوية بشكل مختصر، المرحلة شُخصت بعد استئصال بسيط للرحم أو سرطان عنق الرحم المتقدم الموضعي، أو أمراض بدئية انتقالية بعيدة، أو سرطان عنق الرحم أثناء الحمل، إضافة للأمراض المتكررة. مبادئ المعالجة الشعاعية و تحليل الخزع المتعلقة بالمرض تكون قد تحددت

الخطوات الخمس التطويرية كانت تتبع مايلي:



ان اهداف المبادئ التوجيهية هي تحسين و توحيد المعالجة للمريضات اللواتي يعانين من سرطان عنق الرحم من خلال عدة تخصصات طبية. هذه الارشادات التوجيهية معدة للاستخدام من قبل اطباء الاورام النسائية، واطباء النسائية العموميين، والجراحين، واطباء الاورام الشعاعيين، و مختصي تحليل العينات، وخصائي الاورام السريريين، وخصائي الاشعة، و الممارسين العموميين، و فريق الرعاية الطبية الملطفة، قسم التقنيين الطبيين

هذه الإرشادات تستثني سرطان العنبي الصماوي والأنواع الفرعية النادرة وأيضاً تستثني أي تحليل اقتصادي

أي طبيب يسعى لتطبيق هذه الإرشادات فإنه من المتوقع عليه استخدام محاكاة طبية مستقلة بناءً على

ظروف المريضة الخاصة للوصول الى التشخيص الصحيح للعلاج او المتابعة

¹ Ferlay, J., et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. Eur J Cancer 49, 1374-1403 (2013)

لضمان ان البيانات مبينة على الدلائل, فانه يجب مراجعة المواد المطبوعة الحالية و تقييمها بشكل نقدي. لقد تم اجراء دراسة شاملة لكل الدراسات المطبوعة والتي نشرت بين كانون الثاني 1997 و كانون الثاني 2017 اذا كان هناك اي مبدأ لم يتم الاجماع عليه على انه معيار للمراجح السريرية, فانه يتم الاشارة اليه على انه مازال تحت النقاش او التقييم. اذا كان هناك غياب للدلائل العلمية الواضحة, فان المحاكمة كانت تبني على الخبرة المهنية وعلى اجماع مجموعة التطوير

هذه الارشادات التوجيهية لها خمس تصنيفات لتقييم درجة الارشادات:
(نظام تسجيل الدرجات2) :

- أ. واحد على الاقل من تحاليل META, او مراجعة منهجية, او تقييم RCT ك ++1, ويمكن تطبيقه مباشرة على الفئة المستهدفة, او مجموعة من البراهين تحتوي على دراسات اساسية تقييمها ك +1, ويمكن تطبيقها مباشرة على الفئة المستهدفة و يظهر الاتساق العام للنتائج.
 - ب. مجموعة من الادلة تضمنت دراسات تقييمها ك: ++2, ويمكن تطبيقها مباشرة على الفئة المستهدفة و يظهر الاتساق العام للنتائج, او استقراء الادلة من دراسات تم تقييمها ك: ++1 او +1.
 - ج. مجموعة من الادلة تضمنت دراسات تقييمها ك: +2, ويمكن تطبيقها مباشرة على الفئة المستهدفة و يظهر الاتساق العام للنتائج, او استقراء الادلة من دراسات تم تقييمها ك: ++2.
 - د. الادلة من المستوى 3 او 4, او او استقراء الادلة من دراسات تم تقييمها ك: +2.
- ✓ افضل تجربة موصى بها تلك التي تعتمد على الخبرة السريرية لارشادات مجموعة التطوير.

++ تحليلات ميتا عالية الجودة ، مراجعات منهجية للتجارب العشوائية ذات الشواهد (RCTs) ، أو التجارب العشوائية ذات المخاطر المنخفضة جدا للتحيز ؛ +1 التحليلات الفوقية أجريت بشكل جيد ، المراجعات المنهجية ، أو المضبوطة مع انخفاض خطر التحيز. 2 ++ مراجعات منهجية عالية الجودة للتحكم في الحالة أو دراسات الأثر / مراقبة حالة عالية الجودة أو دراسات الأثر مع مخاطر منخفضة جدا للرباك أو التحيز واحتمال كبير أن تكون العلاقة سببية ؛ +2 دراسات حالة أو دراسات جماعية أجريت بشكل جيد مع مخاطر منخفضة للتأخر أو التحيز واحتمال معتدل بأن العلاقة سببية ؛ 3 دراسات غير تحليلية ، على سبيل المثال ، تقارير الحالة ، وسلسلة الحالات ؛ 4 آراء الخبراء .

جدول المحتويات

8.....	التوصيات العامة.....
8.....	التصنيف.....
12.....	علاج المرحلة T1a.....
14.....	علاج المراحل 1 T1b1/T2a.....
18.....	العلاج مع المحافظة على الخصوبة.....
20.....	تشخيص سرطان عنق الرحم الغامض سريريا بعد استئصال الرحم البسيط.....
22.....	علاج سرطان عنق الرحم المتقدم الموضعي.....
24.....	الانتقالات البعيدة المنتشرة وقت الحضور.....
25.....	المرض الناكس (المتكرر).....
29.....	المتابعة.....
32.....	سرطان عنق الرحم أثناء الحمل.....
34.....	مبادئ المعالجة الشعاعية.....
39.....	مبادئ التقييم الباثولوجي.....

توصيات عامة :

- ★ ان خطة المعالجة يجب ان تكون مبنية على قواعد التخصصات المتعددة (بشكل عام في الاجتماعات المتعلقة بدراسة الاورام) و ايضا ان تكون مبنية على معرفة دقيقة وشاملة للعوامل التي تساعد على التكهن و الانذار المبكر للسرطان و نسبة انتشاره و جودة الحياة.
- ★ يجب يجب تقديم الاستشارة للمريضة واطلاعها بشكل كامل على خطة العلاج المقترحة و البدائل ذلك الاشارة المتاحة بما في الى المخاطر و المنافع لكل الاحتمالات.
- ★ يجب ان يكون العلاج تحت اشراف مجموعة مختصة في تشخيص و علاج الاورام النسائية.

تحديد مرحلة الورم Staging

مخطط تحديد الورم و تصنيف TNM.

- ✓ يجب تصنيف المريضات المصابات بسرطان عنق الرحم بناء على TNM. التصنيف السريري ايضا يجب ان يتم توثيقه (FIGO).
- ج TNM يجب ان تعتمد على التوافق بين الاشكال السابقة (دمج الفحص الطبي والتصوير و علم تحليل العينات) بعد مناقشتها من قبل اللجنة متعددة التخصصات.
- ✓ الطريقة المتبعة لتحديد حالة الورم (T) و حالة العقد اللمفاوية (N) و حالة الاجهزة (M) مثل الحالة السريرية (C) التصويرية (I) , و/ او من الناحية المرضية (P) كل ذلك يجب ان يتم تسجيله.
- ✓ يجب ان يتم تصنيف انتشار العقد اللمفاوية بناء على تصنيف TNM راجع مبادئ التقييم المرضى.

جدول (1) مخطط تحديد درجة الورم FIGO وتصنيف TNM.

التعريف	تصنيف FIGO	تصنيف T
ورم أولي لا يمكن تصنيفه		TX
لا دلائل على الورم الأولي		T0
<ul style="list-style-type: none"> - سرطان عنق الرحم محصور في الرحم (يجب إهمال أنتشاره في الجسم) - سرطان غازي يتم تشخيصه فقط بالتنظير بغزو الأنسجة الداعمة لاورم. بعمق 5 ملم وانتشار أفقي لا يتعدى 7 ملم، بما في ذلك الاوعية الدموية الوريدية و اللمفاوية و ذلك لا يؤثر على تصنيف الورم - يقاس غزو الأنسجة 3 ملم عمقا والانتشار الأفقي 7 ملم أو أقل. - يقاس غزو الأنسجة أكثر من 3 ملم لكن أقل من 5 ملم و الانتشار الأفقي 7 ملم أو أقل. - الورم يكون حوالي أو أقل من 4 سم في أكبر أقطارها. - الورم يكون أكبر من 4 سم في أكبر أقطارها. 	<p>I</p> <p>IA</p> <p>1A1</p> <p>IA2</p> <p>Ib1</p> <p>Ib2</p>	<p>T1</p> <p>T1a</p> <p>T1a1</p> <p>T1a2</p> <p>T1b1</p> <p>T1b2</p>
<ul style="list-style-type: none"> - سرطان عنق الرحم غازي خلف الرحم ولكن ليس الى جدار الحوض او الثلث السفلي من المهبل - ورم بدون الانتشار الى الأعضاء بجوار الرحم. - سريريا الافة المرئية 4 سم أو أقل في أقصى حدودها. - سريريا الافة المرئية أكثر من 4 سم في اطول اقطارها. - الورم ينتشر لأعضاء المجاورة للرحم. 	<p>II</p> <p>IIA</p> <p>IIA1</p> <p>IIA2</p> <p>IIB</p>	<p>T2</p> <p>T2a</p> <p>T2a1</p> <p>T2a2</p> <p>T2b</p>
<ul style="list-style-type: none"> - الورم يمتد في هذه المرحلة الى الجدران الجانبية للحوض و/او متضمنا الثلث السفلي للهمبل و/او مسببا استسقاء الكلية أو فشل في وظائف الكلية. - الورم يشمل الثلث السفلي من المهبل ولكنه لا يمتد الى جدران الحوض. - الورم يمتد الى جدران الحوض و/ او بسبب استسقاء في الكلية أو كلية غير وظيفية. 	<p>III</p> <p>IIIA</p> <p>IIIB</p>	<p>T3</p> <p>T3a</p> <p>T3a</p>
<ul style="list-style-type: none"> - الورم في هذه المرحلة يمتد الى مخاطية المثانة أو المستقيم و/ او يمتد خلف الحوض الحقيقي (الوزعة الفقاعية ليست كافية لتصنيف الورم لاورم ك: T4). - الورم ينتشر الى الأعضاء البعيدة. 	<p>IVA</p> <p>IVB</p>	<p>T4</p>

الجدار الجانبي للحوض يعرف على انه يتكون من: العضلات والصفاق والجملة الوعائية العصبية وعظام الحوض التي هي جزء من الهيكل العظمي.

عوامل التنبأ بالسرطان:

- التوثيق المنظم للاورام المستهدفة و عوامل التنبأ به موصى به.
- مرحلة TNM, FIGO, متضمنة معظم حجم الورم و تفاصيله التي تصف الورم اخرج عنق الرحم ممتدا الى العقد اللمفاوية متضمنا (العدد, الحجم, التوضع).
- تحديد نوع الورم عن طريق تحليل عينة منه.
- تحديد عمق انتشار الورم في انسجة عنق الرحم, والحد الادنى من الانسجة الغير مصابة بالورم .
- وجود او غياب اي انتشار للورم في العقد اللمفاوية.
- وجود اي انتشار في الاعضاء الخارجية.

ب

الفحص التشخيصي السريري الموضوعي و الاشعاعي:

- ✓ فحص الحوض و اخذ عينة منه, مع او بدون التنظير المهبلي, هي مكونات اساسية لتشخيص سرطان عنق الرحم.
- ب ان العمل الاولي الالزامي لتقييم سرطان الحوض و انتشاره, والذي ينتج عنه خيارات العلاج المناسب , هو التصوير بالرنين المغناطيسي (M.R.I).
- ✓ ان التصوير بالامواج فوق الصوتية عبر المهبل, هو خيار جيد اذا تم انجازه بيد خبيرة (من قبل شخص متمرس).
- ✓ ان تنظير المثانة او تنظير المستقيم, يمكن اخذه بعين الاعتبار لاخت عينة اذا تم توثيق آفات مشبوهة في المثانة او المستقيم و ذلك عبر التصوير بالرنين المغناطيسي (M.R.I).

العقد الليمفاوية/ انتشار المرض

ب في المراحل المبكرة (T1b1, T1a, T2a1) فان تحديد المرحلة الجراحية والباثولوجية للعقد الليمفاوية الحوضية هو المعيار الذهبي الذي يحدد التنبيه المبكر وطرق علاج الورم (باستثناء T1a1 مع عدم وجود LVS1).

ب في المراحل المرضية المتقدمة من ورم عنق الرحم (T1b1 و الاعلى (باستثناء T1b2)) او في المراحل الاولى من المرض مع الشك بانتقال المرض للعقد الليمفاوية بالتصوير , التصوير المقطعي الطموغرافي او pet-ct للصدر او البطن لتحديد اذا ما كان هناك اي اصابة في الغدد الليمفاوية او الاعضاء الخارجية .
ج من المفضل اجراء تصوير Pet-CT قبل مرحلة التخطيط للعلاج بالاشعة او العلاج الكيميائي لسرطان عنق الرحم.

ج يجب استئصال الغدد الليمفاوية حول الشريان الابهري على الاقل حتى الشريان المساريقي السفلي, يمكن الاخذ بعين الاعتبار في مرحلة سرطان الرحم المتقدم بعد استبعاد اصابة الغدد الليمفاوية حول الابهري و ذلك من خلال التصوير لتحديد مرحلة السرطان.

الامراض المبهمة خارج الرحم يجب اخذ عينة و تحليلها من اجل اثبات او نفي انتشار الورم و لتجنب المعالجة غير الملائمة. القطع الصحيح (القطع الجوهري) فأن الخزعة هي الخيار الأفضل من الخزعة المأخوذة بالأبرة لانها تسمح بتقييم الأنسجة.

علاج مرحلة T1a:

مرحلة تشخيص T1a من المرض.

ان تشخيص السرطان في مرحلة T1a يتم من خلال اجراء استئصال مخروطي او اخذ عينه من عنق الرحم بيد مختص و خبير بالتشخيص الباثولوجي. المعالجة يجب ان تبنى على مراجعة دقيقة من ذوي الخبرة لنتائج التشريح المرضي (الباثولوجي). مع قياس دقيق لابعاد قطرين افقيين للورم، و عمق انتشار السرطان و حافة ورمية سليمة مؤكدة بالتشريح المرضي و تقييم حقيقي ل L.V.S.I.

ان اخذ خزعة بواسطة الليزر او الانشوطة الكهربائية هو خيار مفضل من اخذها بواسطة المشروط العادي و خاصة للنساء اللواتي يرغبن في الانجاب لاحقاً. يجب ان تكون العناية قصوى لاجل الحصول على عينة سليمة غير مجزأة مع اقل ما يمكن من الحواف المخثرة حرارياً و ان عينة (cone) يجب ان تكون معلومة لخصائص التشريح المرضي.

ان الحواف الجراحية للمخروط (cone) يجب ان تكون نظيفة من المرض الغازي او ما قبل الغازي (باستثناء المرض ما قبل الغازي في الجزء المهبلي من عنق الرحم).

معالجة المرحلة T1a1 من المرض:

ان معالجة المريضات المصابات بالمرحلة T1a1 من المرض يجب ان يقسم بناءً على العمر الرغبة في الانجاب، وجود او غياب LVSI.

في حال كانت الحواف ايجابية (باستثناء حالات ما قبل الغزو المرضي للجزء المهبلي من عنق الرحم) فانه عادة يجب اجراء خزعة (CONE) لنفي تمدد اوسع للمرض.

تحديد مرحلة اصابة الغدد اللمفاوية في T1a1 لا يتضمن المريضات اللواتي لديهن مؤشر LVSI سلبي ولكن قد يتضمن المريضات اللواتي لديهن مؤشر LVSI ايجابي. العينة المأخوذة من العقد اللمفاوية الحارسة (بدون الاقراط في استئصال المزيد من العقد اللمفاوية الحوضية) هي الطريقة الافضل لتحديد مرحلة اصابة هذه العقد.

يمكن اعتبار الاستئصال المخروطي لعنق الرحم كعلاج نهائي وحيث ان استئصال الرحم بشكل كلي لا يغير من النتيجة النهائية.

المعالجة الجراحية كاستئصال الرحم الجزري او استئصال ما جانب الرحم يمكن ان يكون معالجة زائدة للمرضى الذين تطبق عليهم الحالة T1a1.

علاج المرحلة T1a2 من المرض:

ج للمريضات في المرحلة T1a2 من المرض، قد يكون الاستئصال المخروطي أو استئصال الرحم البسيط لوحده غير كافي.

ب لا تتضمن هذه المرحلة استئصال مجاورات الرحم بشكل جزئي.

ب يمكن الأخذ بعين الاعتبار درجة إصابة العقد اللمفاوية سلبية في حالة LVSI، ويجب إجراؤها لدى المريضات التي يكون لديهن عامل LVSI ايجابي. ان الخزعة المأخوذة من العقد اللمفاوية الحارسة اجراء مقبول لتحديد درجة الإصابة في هذه العقد.

✓ استئصال الرحم الكامل غير موصى به بعد الاجراءات المحافظة للمرحلة T1a من المرض.

علاج المراحل T1b1/T2a1 :

توصيات عامة:

ج يجب تحديد استراتيجية العلاج لتجنب المشاركة بين الجراحة الجذرية و المعالجة الإشعاعية بسبب نسبة المرض العالية الناتجة عن ذلك

في حالة نفي إمكانية إصابة العقد الليمفاوية عن طريق التصنيف بالصور الإشعاعية:

المعالجة الجراحية:

ب المعالجة الجراحية الجذرية بواسطة أخصائي الأورام النسائية هو النموذج المفضل للعلاج. والإجراء الأقل تطرفاً هو المفضل.

ب أصل استئصال العقد اللمفاوية هو استئصال جميع عقد الحوض اللمفاوية تحديد مرحلة إصابة العقد اللمفاوية القياسي يتم بأخذ خزعة من العقد اللمفاوية من أجزاء الحوض قبل استئصال العقد اللمفاوية في الحوض هو إجراء موصى به وبشدة. دمج استعمال المادة الزرقاء (الصبغة الزرقاء) مع المادة الإشعاعية الغروانية أو اعطاء الأندوسيانين الأخضر بمفرده هو التقنية الموصى بها.

تقييم العقد اللمفاوية يجب ان يتم انجازه كخطوة اولي في المعالجة الجراحية. يوصى بتقييم حالات العقد اللمفاوية في اثناء العمل الجراحي عن طريق الخزعة المجددة. يجب إرسال جميع العقد اللمفاوية الحارسة من كلا جانبي الحوض او اي عقدة مشبوهة. اذا كان العقد الحارسة غير محددة فيجب إجراء تقييم للعقد اللمفاوية الحوضية اثناء العمل الجراحي

اذا كانت نتيجة التقييم المجهرى السريع للعقد خلال العمل الجراحي سلبيا او انه لم يجرى بالأساس فانه يجب استئصال جميع العقد اللمفاوية الحوضية بشكل كامل . في الوقت الحاضر لا يوصى بأجراء خزعة للعقد اللمفاوية الحارسة في معزل عن المحاولات السريرية المستقبلية. تشريح العقد اللمفاوية النظامية يجب ان يتضمن ازالة النسيج اللمفاوي من المنطقة التي يتكرر فيها حدوث ايجابية بالفحص في العقد اللمفاوية الحارسة و تتضمن سدادة الخصرة، المناطق الحرقفية الخارجية، المناطق الحرقفية الشائعة في كلا الجانبين والمناطق امام العجز . العقد اللمفاوية الحرقفية الخارجية يجب ان يتم تجنبها اذا لم يشتبه باصابتها .

ب يجب ان يعتمد نوع استئصال الرحم الجذري (استئصال مجاورات الرحم المنتشرة، نوع A-C2) على عوامل الخطورة المتوقعة والتي يتم تحديدها قبل الجراحة (جدول 2). معظم العوامل المنذرة لنتائج عمل الأورام، مثل حجم الورم والحد الأقصى لانتشاره، عامل LVSI، معظم هذه العوامل يجب ان تستخدم لتصنيف المرضى: عالي، متوسط او منخفض الخطورة لغسل العلاج. ان التقرير الطبي للعمل الجراحي يجب ان يتضمن وصف كامل لنموذج لعملية استئصال الرحم الجذري . يجب اتباع تعديل كورلو مورلو في تصنيف الورم خلال العمليات الجراحية (جدول3).

يجب ان نعرض على المريضة ما قبل سن اليأس اذا ما كانت تزيد المحافظة على المبايض في حال كان سرطان عنق الرحم من نوع حرشفية الخلايا والنوع المعتاد و مرتبط بوجود الفيروس الحليمي البشري، ومن الممكن اجراء استئصال للأنابيب اذا ثبت وجود تورط في العقد اللمفاوية مجهريا أو ظاهرياً يجب عدم اكمال استئصال العقد وعدم استئصال الرحم جذرياً يجب تحويل المريضة الى المعالجة الكيميائية نهائيا. استئصال العقد اللمفاوية المجاورة للابهر على الاقل حتى الشريان المساريقي السفلي، يمكن ان نأخذه بعين الاعتبار لاجل تحديد درجة الورم.

اذا كانت هناك عوامل خطيرة مركبة عند المريضة حين تشخيص المرض والتي تحتاج لعلاج مساعد (العلاج الاشعاعي او الكيميائي او كلاهما معا)، والعلاج الاشعاعي الموضوعي يمكن ان يطبق مباشرة و بدون لجوء مسبق الى الجراحة الحوضية الجذرية، تجنب استئصال العقد اللمفاوية الحوضية لكن العقد اللمفاوية حول الابهر يجب استئصالها حتى قمة الشريان المساريقي السفلي لدى المريضات اللواتي لديهن سلبية في اصابة العقد اللمفاوية حول الابهر حسب الصور الاشعاعية .

جدول 2: مجموعات تصنيف الخطورة بناء على عوامل الاذار:

الانواع المقترحة لاستئصال الرحم بشكل جذري

نوع الخطورة	حجم الورم	LVSI	نوع ادلائشار	نوع استئصال الرحم الجذري*
Risk Group	Tomour size		Stromal invasion	Type of radical hysterectomy
Low risk	<2 cm	Negative	Inner 1/3	B1(A)
Intermediate Risk	≥2 cm	Negative	Any	B2(C1)
	< 2 cm	Positive	Any	
High Risk	>2 cm	Positive	Any	C1(C2)

*حسب تصنيف كورفو مورو (Querleu Morrow) انظر الجدول 3:

جدول 3: تصنيف Querleu Morrow:

نوع استئصال الرم الجذري	مجاورات عنق الرم الجانبية	تصنيف مجاورات الرم الامامية	مجاورات الرم الخلفية
النوع A	نصف المسافة بين عنق الرم والحالب (منتصف المسافة بين الحالبين بدون تغير الوضع)	اقل ما يمكن من الاستئصال	اقل ما يمكن من الاستئصال
النوع B1	عند الحالب (عند مستوى مصدر الحالب منبتقا من عنق الرم الى مجاورات الرحم الجانبية)	استئصال جزئي للرباط الرهبي المثاني	استئصال جزئي للرباط الرهبي المستقيمي والمهبلي والاربطة للطية الرحمية العجزية
النوع B2	مثل B1 بالإضافة الى استئصال العقد المجاورة لعنق الرم بدون استئصال للمكونات العصبية والأوردة	استئصال جزئي للرباط الرهبي المثاني	استئصال جزئي للرباط الرهبي المستقيمي والمهبلي والثبية الرحمية العجزية
النوع C1	عند الاوعية الحرقية بشكل معترض مع الاحتفاظ بالقسم الذيلي	استئصال الرباط الرهبي المثاني(القحفي بالنسبة للحالب)الذاني من رباط المهبلي المثاني مع فصل أعصاب المثانة	عند المستقيم (العصب الختلي يتم عزه والادخا فظ)
النوع C2	عند مستوى الجانب الانسي من الحرقفة. كامل الاوعية (متضمنة القسم الذيلي).	عند المثانة (الاعصاب المثانية يتم التضحيتهها)	عند العجز(العصب الختلي تتضم التضحية به)
النوع D	عند جدار الحوض متضمنة استئصال الاورعة الحرقية الباطنية و/او مكونات جانب الحوض	عند المثانة.غير ممكن اذا كانت جزء من الاجتثاث	عند العجز. مع استئصال استئصال جزء من الشريان الحرقفي الغائر مع ايدون مكونات جانب الحوض

خيارات المعالجة البديلية:

- المعالجة الاشعاعية النهائية متضمنة العلاج الاشعاعي الموضعي يشكل معالجة فعالة بديلة (انظر الى مبادئ العلاج الاشعاعي). ويمكن اعتبارها بشكل خاص في الحالات ذات الازداز غير المفضل، والعوامل المتوقعة من الناحية العلمية الورمية او نسبة المرض. ج
- في حالة الخطورة العالية والمتوسطة العلاج الشعاعي الموضعي متبوعه بالعلاج الجراحي (TYPE A) طريقة متبوعة في عدد محدود من المراكز. تعتبر خيار مقبول فقط في الاطعم التي لديها خبرة في هذه الحالة. ✓
- المواد المساعدة الجديدة الكيميائية متبوعه بالعمل الجراحي غير موصى بها. ج

في حالة نفي إمكانية إصابة العقد الليمفاوية عن طريق التصنيف بالصور الإشعاعية:

المرضى اللاتي لديهن إصابة بالعقد اللمفاوية في منطقة الحوض بشكل مؤكد عبر التصوير, فإن العلاج الإشعاعي الكيميائي موصى به (راجع مبادئ العلاج بالإشعة). أما المرضى اللاتي ليس لديهن إصابة بالعقد اللمفاوية حول الأبرار عن طريق التصنيف بالصور الإشعاعية يمكن استئصال العقد اللمفاوية حتى الشريان المساريقي السفلي.

ج

يمكن النظر في استئصال العقد اللمفاوية المشبوهة في الحوض. ✓

المعالجة بالمواد المساعدة:

المعالجة بالمواد الإشعاعية المساعدة يجب أخذها بعين الاعتبار عند المرضى اللواتي عدهن عوامل الخطورة المتعددة (مركبة) في التشريح المرضي النهائي مثل: حجم الورم, عوامل LVSI, عمق انتشار الورم.

ب

إذا تم استئصال الرحم الجذري (جدول 3) بالطريقة الكافية في مثل هذه الظروف فإن خيار المتابعة خيار بديل خصوصا عند المجموعات الطبية ذات الكفاءات العالية في هذا الأسلوب العلاجي. ✓

بعد الجراحة الجذرية المبدئية فإن المعالجة الإشعاعية الكيميائية بالمواد المساعدة تكون موصى بها في المجموعات التالية من المرضى: (انظر مبادئ العلاج الإشعاعي):

- يوجد انتشار في العقد اللمفاوية الحوضية, متضمنة وجود انتشار مرئي PNI أو مجهرية PNI(mi), سواء في العقد اللمفاوية الحارسة أو العقد اللمفاوية الحوضية تم تحديدها بتقييم تشريحي مرضي أثناء العمل الجراحي نهائي ← معالجة كيميائية شعاعية.
- الحالات التي تكون فيها الحواف الجراحية ايجابية الإصابة (مهلباً أو حول الأبرار) ← معالجة كيميائية شعاعية, شعاعية موضعية مدعمة يمكن اعتبارها.
- الانتشار حول الرحم (الإصابة) ← معالجة كيميائية شعاعية.

ب

سرطان جذر عنق الرحم:

ان علاج سرطان جذر عنق الرحم يتبع التوصيات الخاصة بالمرضى اللواتي تم استئصال الرحم لهم بشكل غير كامل. تبني العلاج الإشعاعي قد يكون ضروريا, و بشكل خاص العلاج الإشعاعي الموضعي. ✓

العلاج مع المحافظة على الخصوبة

- ✓ قبل البدء بالمعالجة المحافظة للخصوبة (F.S.T)، فإن استشارة مركز الخصوبة أمر موصى به.
- ✓ F.S.T يجب ان تجرى حصرا في مراكز للاورام والامراض النسائية مع خبرة كافية وشاملة لهذا النوع من المعالجة.
- ✓ F.S.T فإن العوامل المنذرة ، المرحلة السريرية ما قبل العمل الجراحي لا يختلف من أجل أولئك المرضى الذين يخضعون ل عن أولئك الذين لا يخضعون ل F.S.T (انظر بالأعلى).
- كل امرأة لديها الرغبة في الأجاب و ثبت نسيجيا لديها سرطان خلية حرشفية او النوع المعتاد (المریط-HPV) ≥ 2 سم في اكبر أقطارها، يجب ان يستشار حول امكانية المعالجة المحافظة للخصوبة
- ✓ F.S.T. هذه الاستشارة يجب ان تشمل خطورة التخلي عن المعالجة المحافظة للخصوبة اذا كانت الحواف ايجابية او الغدد للمفاوية مصابة، ومن ناحية الحمل او الورم فإن المخاطر تعود الى هذا النوع من المعالجة.
- يجب ان لا نوصي ب F.S.T لدى المريضات اللواتي لديهن انواع من نسيجية نادرة فرعة من سرطان عنق الرحم متضمنة السرطانات الغذائية الصماوية العصبية و السرطانات الغذائية غير المرتبطة ب HPV (باستثناء السرطان القاعدي الغدي) والتي تميل الى التصرف بعدوانية.
- ✓ التصوير بالامواج فوق الصوتية و/ أو الرنين المغناطيسي للحوض، يوصى به من اجل قياس طول العنق المتقي (بعد استئصال مخروطي) و طول العنق الرحم غير المتضمن. على اية حال فإنه لا يوجد نظام تصوير يستطيع ان يحدد بدقة الى اي مدى يجب ان نستأصل من حواف الورم، للوصول الى مسافة امان كافية.
- إذا كانت العقد للمفاوية الحوضية غير مصابة (سلبية) هي شرط مسبق لاي F.S.T. لذلك فإن تصنيف العقد للمفاوية الحوضية (العقد للمفاوية الحارسة) هي الخطوة الاولى دائما في كل اجراء F.S.T. تحديد العقد الحارسة و تصنيفها الصدوي موصى به بشدة لانه يزيد من دقة التصنيف الورمي. اعني تحديد النقايل المجرية و النقايل المرئية الصغيرة.
- ان اثبات الاشتباه بالعقد للمفاوية يجب ان يتم انجازها بواسطة التحليل النسيجي، وان التقييم اثناء العمل الجراحي للعقد للمفاوية موصى به بشدة. كل العقد للمفاوية الحارسة من كلا جانبي الحوض او اي عقدة لمفاوية مشبوهة، يجب ان يتم إرسالها الى التجميد (التشریح بطريقة التجميد او ما يسمى بالخزعة المجمدة). فاذا كانت العقدة الحارسة لم تحدد في كلا الجانبين فيجب اجراء تقييم اثناء العمل الجراحي للعقد للمفاوية الحوضية(انظر علاج المراحل T1b1/T2a1)
- استئصال العقد للمفاوية لغايات التصنيف غير ضرورية في مرحلة T1a1 و LVSI سلبي

✓ إذا ثبت خلال العملية وجود تورط في العقد المفاوية يجب وقف العملية وتحويل المريضة للعلاج الكيميائي والاشعاعي (انظر للأعلى)
الهدف المحدد من عملية المحافظة على الانجاب هو استئصال الورم مع حواف خالية من الورم مع المحافظة على الجزء العلوي من عنق الرحم
خلال العملية استخدام العينة المجمدة لتقييم الجزء العلوي من الجزء المستأصل من عنق الرحم هو أسلوب يعتمد عليه وينصح به

ب أخذ عينة cone أو قطع عنق الرحم البسيط هي إجراءات كافية للحفاظ على الخصوبة في مرحلة T1a1, T1a2 مع عقد لمفاوية سلبية و LVSI سلبى

ب استئصال عنق الرحم من (نوع A) يمكن اخذه بعين الاعتبار في مرحلة T1a1 و T2a2 و العقد للمفاوية سلبية و ايجابية
LVSI و خزعة كون أو استئصال الرحم البسيط هو الخيار المناسب.

ب استئصال عنق الرحم الجذري (نوع B) يجب ان يجرى للمريضات اللواتي لديهن سرطان عنق رحم مصنف ك T1a1 اقل او
يساوي من 2 سم في اكبر الاقطار، العقد للمفاوية سلبية، \pm LVSI.

✓ يجب وضع تطويق دائم لعنق الرحم اثناء العمل الجراحي عند اجراء استئصال جذري او بسيط لعنق الرحم.

✓ لايمكن ان نوصي بعملية المحافظة على الانجاب لدى المريضات ذوات الاورام التي تكون فيها كتلة الورم اكبر من 2 سم، ويمكن اعتبار ذلك
كمنهج تجريبي.

✓ في حالات متقدمة اكثر، فأن اقتراحات مختلفة يمكن ان تتم مناقشتها لأجل الحفاظ على الخصوبة. الهدف من الإبقاء على

الخصوبة يجب ان يقدم التقارب الاكثر تأثيراً أو الذي ينسجم مع النواحي القانونية للبلد على ان لا يزيد من خطورة الاورام .

✓ أي حمل بعد العملية يعتبر حمل ذو خطورة عالية ويجب ان تكون الولادة في مركز متخصص

بعد استئصال عنق الرحم البسيط أو الجذري مع وجود تطويق العنق الدائم، الولادة يجب ان تكون عن طريق العملية القيصرية.

✓ ليس من الضروري ان يكون استئصال الرحم روتينياً بعد الانتهاء من خطط الانجاب.

تشخيص سرطان عنق الرحم الغامض سريريا بعد استئصال الرحم البسيط:

توصيات عامة:

- علاج الأمراض الغامضة يجب ان يعتمد على نظرة باثولوجيه خبيرة و مناقشة متعددة التخصصات في مجلس الأورام. ✓
- قبل اتخاذ قرارات بعلاجات اضافية، فإن التصوير الأمثل لتقييم المرض الموضعي او الناحي (العقدي) يكون ضروريا. التصوير ✓
- الأمثل يتبع نفس التوصيات كما تلك التي تكون للأمراض غير الغامضة (انظر للاعلى).
- بشكل عام فان علاج الأمراض الغامضة يتبع المبادئ نفسها التي تستخدم لعلاج الامراض غير الغامضة، يجب ان تهدف الاستراتيجية العلاجية الى تجنب الجراحة الجذرية والمعالجة الشعاعية معاً بسبب نسبة المراضة العالية بعد العلاج المشترك.

علاج المريضات اللواتي لديهن PT1a1 و \pm LVSI. و PT2a1 و LVSI سلبي مع حواف خالية:

- عند المريضات اللاتي لديهن ورم و مصنف PT1a1 و LVSI سلبي او PT1a2 و LVSI سلبي مع حواف خالية ✓
- في عملية استئصال الرحم فلا داعي لاي اجراءات اضافية .

علاج المريضات اللواتي لديهن PT1a1 و LVSI موجب. او PT1b1 او PT2a1 مع حواف خالية:

- لدى المريضات ورم و يصنف PT1a2 و LVSI ايجابي او PT2b1 بعد استئصال الرحم البسيط، المرض المحتمل في مجاورات الرحم والعقد للمفاوية يجب ان تتم معالجتها. ✓
- العلاج بالأشعة او العلاج الشعاعي الكيميائي هو الموصى به على انه الخيار الفعال والذي من شأنه ان يجنب المريضة لمزيد من العمليات الجراحية. في حال غياب بقايا الورم في التصوير متضمنة العقد للمفاوية فأن العلاج المناسب في هذه الحالة موصى به في حال كان هناك ورم متبقي في التصوير، متضمنة العقد للمفاوية فأن العلاج المناسب في هذه الحالة هو الشعاعي الكيميائي. د
- ان استئصال العقد للمفاوية حول الأبرهر على الأقل حتى الشريان المساريقي السفلي، يمكن ان يكون هو المعتمد لدى المريضات اللواتي ليس لديهن عقد مشبوهة حول الأبرهر في التصوير المجري لتصنيف الورم. ج
- جراحة الاجتثاث للعقد للمفاوية المشبوهة في الحوض يمكن ان نأخذها بعين الاعتبار. ✓

علاج المريضات مع PT1a2 و LVSI ايجابي أو PT2a1 او PT1b1 مع حواف خالية (يتبع)

الجراحة الجذرية هي خيار لدى المريضات اللواتي ليس لديهن امتداد للمرض في العقد اللمفاوية من خلال التصوير وفي غياب الانتطاب الصريح للمعالجة الشعاعية بالمواد المساعدة (مزيج من عوامل الانذار السلبي).

يجب استئصال العقد اللمفاوية الحوضية كخطوة اولى في الجراحة. كما يجب الأخذ بعين الاعتبار التقييم اثناء العمل الجراحي للعقد اللمفاوية. اذا كان التقييم سلبي اثناء العمل الجراحي او لم يتم تقييمه أصلاً فأن الاستئصال الجذري لمجاورات الرم مع استئصال الجزء العلوي من المهبل يجب اجراؤه و يفضل العمل الجراحي الأقل جائز. نوع استئصال مجاورات الرم الجذري (الاستئصال الواسع لمجاورات الرم) يجب ان يتناسب مع وجود العوامل المنذرة الخطيرة للورم المبدئي كما تم وضعه في الأعلى (جدول 2).

الوصف الدقيق للطريقة المستخدمة في استئصال مجاورات الرم الجذري, يجب ان يكون موجودا في تقرير العمل الجراحي.

تعديلات عام 2017 على تصنيف Querleu Morrou موسى بها كأداة (الجدول 3).

اذا ثبت العقد اللمفاوية فيها انتشار لورم مرئي او مجهري من خلال العمل الجراحي, فأن جراحات اضافية (استئصال جذري لمجاورات الرم مع استئصال العقد اللمفاوية في الحوض) يجب ان يتم تجنبها والمعالجة الكيميائية الشعاعية هي الموصى بها في هذه الحالة.

يمكن الأخذ بعين الاعتبار استئصال العقد اللمفاوية حول الابهر على الاقل حتى الشريان المساريقي السفلي, بهدف تصنيف الورم.

الجراحة الاجتثاثية للعقد اللمفاوية المشبوهة يمكن ان تكون مطلوبة.

علاج المرضى في المرحلة PT1a2 و > أو الحواف الجراحية متورطة أو وجود بواقي للورم وشامل تورط الغدد اللمفاوية المكتشفة بالصور الاشعاعية

ان المريضات المصنفات PT1a2 و >, محتوية حواف جراحية او لدى اولئك اللواتي لديهن ورم باقي متضمنا عقد لمفاوية في التصوير, فأن المعالجة الشعاعية الكيميائية موسى بها وان الجراحات الاضافية يجب ان يتم تجنبها.

استئصال العقد اللمفاوية حول الابهر على الأقل حتى الشريان المساريقي السفلي, يمكن اخذه بعين الاعتبار بهدف تصنيف درجة الورم في المريضات اللواتي ليس لديهن اصابة للعقد اللمفاوية حول الابهر بالتصوير.

المعالجة الجراحية التكميلية للعقد اللمفاوية الحوضية المشبوهة يمكن اخذها بعين الاعتبار.

علاج سرطان عنق الرحم المتقدم الموضعي:

مرحلة T2b2/T1b2 مع عامل سلبى للعقد اللمفاوية في تصنيف الورم شعاعيا:

الاستراتيجية العلاجية يجب ان تهدف الى تجنب المشاركة بين الجراحة الجذرية و المعالجة الشعاعية الخارجية بعد العملية، بناء على زيادة نسبة المرض و لا يوجد تأثير واضح على البقاء على قيد الحياة.

المعالجة النهائية الكيميائية الشعاعية المعتمدة على البلاتينيوم والمعالجة الشعاعية الموضعية، هي المعالجة المفضلة (انظر مبادئ العلاج الشعاعي).

استئصال العقد اللمفاوية حول الابهر على الأقل حتى الشريان المسارقي السفلي، يمكن ان يؤخذ بعين الاعتبار قبل المعالجة الشعاعية الكيماوي او المعالجة الاشعاعية الموضعية. ليس مطلوبا استئصال العقد اللمفاوية الحوضية.

الخيار الأخر هو الجراحة الجذرية، بشكل خاص لدى المريضات اللاتي ليس لديهن عوامل خطورة و جودة الجراحة تتوقف على (مجموعت من حجم الورم، LVSI و /او عمق انتشار الورم). استئصال مجاورات الرحم و العقد اللمفاوية هي على

كل حال مفتاح ذو اهمية في علاج الاورام الكبيرة و الضخمة. تقييم حالة العقد اللمفاوية اثناء العمل الجراحي (الخزعة المجمدة) موصى بها كخطوة اولى. اذا ثبت تورط العقد اللمفاوية اثناء العمل الجراحي، متضمنة انتشار ورمي مرئي او

مجهري فأن استئصال المزيد من العقد اللمفاوية استئصال الرحم الجذري يجب تجنبه ويجب تحويل المريضة الى معالجة نهائية كيميائية شعاعية او شعاعية موضعية. بهدف تصنيف الورم يمكن الاخذ بعين الاعتبار استئصال العقد اللمفاوية حول الابهر و حتى الشريان المسارقي السفلي على الاقل. اذا كان تقييم العقد اللمفاوية سلباً اثناء العمل الجراحي او انه لم يجرى استئصال العقد اللمفاوية في الحوض واجب و استئصال الرحم الجذري C2 موصى به.

ان المعالجة الكيميائية بالمواد المساعدة متبوعاً بالجراحة الجذرية، هي بدائل مثيرة للجدل. الفائدة من تقليص حجم الورم بالنسبة لسير المرض لم يثبت بعد.

مرحلة T1b2/ T2a2 وتورط العقد للمفاوية حسب التصنيف الإشعاعي:

يوصى بالعلاج الإشعاعي الكيميائي والعلاج الإشعاعي الموضعي للمريضات اللاتي لديهن إصابة لا شك فيه في العقد للمفاوية الحوضية في التصوير (انظر مبادئ العلاج الإشعاعي)

أ

يجب تطبيق المزيد من الدعم الإشعاعي للعقد للمفاوية المتورطة (انظر مبادئ العلاج الإشعاعي)

ج

العقد للمفاوية حول الأبهري يجب استئصالها حتى الشريان المساريقي السفلي قبل المعالجة وذلك بهدف تصنيف الورم لدى المريضات اللواتي ليس لديهن إصابة في العقد للمفاوية حول شريان الأبهري في الصور الإشعاعية

ج

يمكن اخذ بعين الاعتبار استئصال العقد للمفاوية الحوضية المشتبه بهن

✓

مرحلة T2b, T3a/b, T4a

العلاج الإشعاعي الكيميائي المعتمد على البلاتينيوم والعلاج الإشعاعي الموضعي هما المعتمدين للعلاج (انظر مبادئ العلاج الإشعاعي).

أ

يجب تطبيق المزيد من الدعم الإشعاعي للعقد للمفاوية المتورطة (انظر مبادئ العلاج الإشعاعي).

ج

يجب استئصال العقد للمفاوية حول الأبهري على الأقل حتى الشريان المساريقي السفلي قبل المعالجة عند المريضات اللواتي ليس لديهن إصابة العقد للمفاوية في حول الأبهري في التصوير .

ج

يمكن استئصال العقد للمفاوية الحوضية التي يشك باصابتها بالسرطان و استئصال بعض اجزاء الأحشاء الحوضية يمكن ان يكون عرضا في الحالات المنتقاة في مرحلة T4N0M0 للمرض.

✓

سرطان جذر عنق الرحم:

ان معالجة سرطان جذر عنق الرحم يتبع التعليمات نفسها التي تعطى للمريضات اللواتي ليس لديهن استئصال رحم جزئي سابق، التكيف للمعالجة الإشعاعية يمكن ان يكون ضروري و بشكل خاص في حالة المعالجة الإشعاعية الموضعية.

✓

النقائل البعيدة المنتشرة في الحالات الأولية:

- ✓ المريضات اللاتي لديهن مرض انتقالي بعيد منتشر, يجب ان يجرى لهن تشخيص كامل (انظر التصنيف) لتقييم تمدد الورم, وملائمة المعالجة الفعالة ونوع العلاج متضمنة افضل عناية داعمة.
- ب المريضات الملائمات طبيا مع وجود لمرض الانتقالي البعيد, منتشرا بشكل واسع, (الاحشاء الحالة+/- العقدية) فأن المعالجة الاشعاعية المركبة موصى بها. كاربوبلاتين/ باكليتاكسيل او سيزوبلاتين/ باكليتاكسيل هي انظمة علاجية مفضلة في الخط الاول للعلاج.
- ب إضافة بيفاسيزاماب الى المعالجة الكيميائية المعيارية هو امر موصى به لدى المريضات اللواتي لديهن حالة اداء جيدة, و حيث ان التسلم للجهاز المعوي/ التناسلي البولي قد تم تقييمه بعناية و نوقش مع المريضات.
- د المريضات اللواتي لديهن المرض الانتقالي البعيد بشكل محدود في الوقت الحاضر, محصورا في العقد للمفاوية حول الابهر, يجب علاجهن بنية علاجية مع حقل واسع و مؤكد من المعالجة الشعاعية الكيميائية متضمنة المعالجة الشعاعية الموضعية. خوارزمية للمعالجة ان تتضمن جراحة استئصالية للعقد للمفاوية الضخمة مع المزيد من المعالجة الكيميائية.
- ✓ المريضات مع عقد لمفاوية فوق الترقوة في جهة واحدة بالنسبة للمرض البعيد, يمكن ان نقدم للمعالجة الكيميائية الشعاعية مع نية علاجية و خوارزمية المعالجة يمكن ان تتضمن معالجة كيميائية اضافية.
- ج المعالجات الكيميائية بالمواد المساعدة يمكن اعتبارها مع الحالات التي تحمل خطورة عالية للنكس (تكرر المرض) مثل عندما تكون الحواف ايجابية و العقد للمفاوية ايجابية او الأورام التي فيها LVSI ايجابية.
- ✓ العلاج الكيميائي المساند ممكن أخذه بعين الاعتبار في الحالات التي تحمل خطورة عالية من الانتكاس مثل حواف ايجابية و عقد لمفاوية ايجابية أو LVSI ايجابية

المرض الناكس (المتكرر):

العلاج بنية الشفاء

- ✓ ان علاج المرض الناكس المتكرر بنية الشفاء يتطلب مركز و مشاركة من فريق مجلس طبي متعدد التخصصات متعدد متضمنا طبيب علم الأورام, و طبيب في علم الأورام النسائية الاشعاعية, و طبيب الاشعة و طبيب علم الامراض و طبيب علم الأورام و طبيب المسالك البولية, و طبيب الجراحة التجميلية. البرنامج المنظم لأجل العمل التشخيصي التخصصات, المعالجة والمتابعة, يجب ان تكون حاضرة في المراكز المسؤولة عن المعالجة.
- ✓ كل مركز مشمول في المعالجة المبذولة لسرطان عنق الرحم, عليه ان يمتلك شبكة معترف بها لمناقشة الحالات الصعبة و استعداد لتحويل المريضات التي بحاجة لتكرار العلاج الى وحدات مختصة عالية.
- ✓ المشاركة في المحاولات السريرية تم تشجيعه لتحسين الاحداث السريرية لأجل التأثير على المعالجة الشافية في الامراض الناكسة.

العمل التشخيصي:

- ✓ الهدف من العمل التشخيصي هو لنفي الانتقالات البعيدة و لتحديد الأورام المنتشرة محليا ولا يمكن تحقيق العلاج الشافي
- ✓ النكس (التكرار) يجب ان يثبت من خلال الفحص التشريحي المرضي.
- ✓ ان المريضات اللواتي لديهن انتقالات عقدية متعددة او انتقالات بعيدة او داء موضعي متعدد البؤر مع مشاركة واسعة في جدار الحوض, هن عادة لسن مرشحات للعلاج الشافي. العوامل المنذرة يجب ان تقيم بعناية وان توازن نسبة الى علاقتها مع نسبة المرض الرئيسية والتي نتجت عن المعالجة.
- ✓ ان كامل حزمة الاجراءات التشخيصية مؤلفة من التصوير ذو الصلة هو موصى به لاجل تحديد وضع المرض محليا و حسب المنطقة وجهازيا (انظر التصنيف).
- ✓ يجب التشاور مع المريضة بعناية ليس فقط من أجل خيارات المعالجة وإنما ايضا بشأن العواقب والمخاطر المشتركة.

الانتكاس الحوضي المركزي بعد الجراحة الأولية:

- المعالجة الإشعاعية الكيميائية المشتركة مع المعالجة الإشعاعية موضعياً المعتمدة على الصورة الموجهة هي العلاج المختار (انظر مبادئ العلاج الإشعاعي) لا يوصى باستخدام دعم بأسلوب العلاج الخارجي بدلا من المعالجة الموضعية
- من أجل المعالجة الإشعاعية الموضعية الورم السطحي والصغير (مثلا >5 ملم ثخانة) في المهبل يمكن معالجتها باستخدام الأسطوانة المهبليّة والبيضيوات أو القالب بينما الأورام الأخرى ممكن ان تحتاج تقنية مشتركة تشمل داخل التجويف وخالتي

انتكاس في منطقة جدار الحوض الجانبي بعد الجراحة المبدئية:

- الخيار المفضل هو المعالجة الإشعاعية الكيميائية النهائية.
- يمكن ان نأخذ بعين الاعتبار الجراحة الحوضية الواسعة في مريضات مختارات بدقة، بشرط ان لا يكون الورم قد غزا جدار الحوض الجانبي على نطاق واسع.
- اجراءات العلاج الإشعاعي الجراحي المشترك باستخدام المعالجة الإشعاعية اثناء العمل الجراحي أو المعالجة الإشعاعية الموضعية هي الخيار العلاجي الانسب في حال لم يتم التحقّق من الحواف الجراحية الحرة.
- المعالجة الإشعاعية النهائية او الكيميائية الشعاعية المتبوعة بتعزيز الاستئصال بالأسلوب الفراغي/ العلاج الإشعاعي الموضعي الخلائي الموجه بالتصوير / العلاج بالجسيمات المشعّة، كل هذه تشكل الخيارات المستجدة.

تكرار النكس في الحوض المركزي او جدار الحوض الجانبي بعد المعالجة الأشعاعية او المعالجة الكيميائية الشعاعية:

- ان الاستئصال الحشوي الحوضي هو التدبير الموصى به في حالة النكس الحوضي المركزي في حالة لا يوجد تورط للجدار الحوضي الجانبي او عقد لمفاوية حوضية اضافية.
- يمكن اجراء الاستئصال الواسع ثنائي الجانب لداخل الحوض في حال كان النكس ممتدا الى القرب او متضمنا الجدار الحوضي.
- اعادة الاشعاع مع العلاج الشعاعي الموضعي المطبق بالتنسيق بواسطة التصوير الموجه، هو خيار بديل خصوصا في المريضات غير اللاتقات صحيا او الرفضات لجراحة استئصال الحشوي والذي يكون مقتصرًا على المراكز دقيقة التخصص جداً في هذا المجال.

دور العلاج الكيميائي:

- ✓ أذا تم اخذ بعين الاعتبار اجراء جراحة إضافية أو المعالجة الاشعاعية فلا يجب ان تعطى المريضة أكثر من 2-4 جلسات من مجموع المعالجة الكيميائية لتجنب الانتظار غير الضروري لفترة طويلة قبل المعالجة النهائية ان التمسك بالموضعي في المنطقة والذي ظهر اثناء التشخيص وكأنه غير قابل للشفاء يجب تقييمه من جديد لاحتمالية معالجته جزئيا إذا ما تم حصول استجابة كبيرة
- ✓ ان المريضات المناسبات المرشحات للعلاج الكيميائي بالمواد المساعدة هن اللواتي يستجبن للعلاج المبني بشكل جيد خلال شهرين من المرض الناكس

الانتقالات الورمية الناكسة القلبية والعقدية:

- ✓ الآفات الناكسة الورمية المتوضعة حول الابهر , المنصفية و/ أو التي حول عظم الترقوة فوق حقول مشعة سابقة, يمكن ان تتم معالجتها بواسطة حزمة شعاعية خارجية جذرية علاجية (EBRT) اذا كان ذلك ممكنا ان يتشارك مع المعالجة الكيميائية. فأن الموصى به ان يتم تشييع لمحطات الغدد اللمفاوية الموضعية تحت وأعلى المجرى.
- ✓ التأثير العلاجي لاستئصال العقدي و/ أو الجراحة التكميلية, غير واضح ويجب دائما اذا كان بالإمكان ان يتبع بمعالجة اشعاعية.
- ✓ ان علاج الانتقالات الورمية المعزولة الى الاعضاء (الرئة, الكبد...الخ) يجب ان تتم مناقشتها في مجموعة متعددي الاختصاصات مشمولة ضمن معالجة العضو الخاص المتأثر بالانتقالات الورمية و يجب ان تتم معالجتها بناء على الطريقة المفضلة لذلك العضو متضمنا الاستئصال الموضعي او اسلوب الفراغي المتكيف مع المعالجة الاشعاعية بناء على الحجم والوضع التشريحي.

المعالجة اللطيفة:

- ان التوصيات بالمعالجة اللطيفة يجب فقط ان يتم اخذها بعد مراجعة الحالة من قبل مجموعة متعددة الاختصاصات والاخذ بعين الاعتبار حالة الاداء, والمشاركة نسبة المرض, أعراض المريضة و رغباتها ان أخصائي المعالجة اللطيفة يجب ان يكون حاضراً بشكل فعال. ✓
- المعالجة اللطيفة المركبة من العلاج الكيميائي تاكسان/ بلاتينيوم مع او بدون بيفاسيزوماب هو الخيار المفضل. ب
- حاليا لا يوجد خط علاج ثاني ثابت كيميائي ومثل هؤلاء المرضى يجب ان يخضعوا للمحاولات السريرية. ✓
- في المرضى ذوي الاعراض فأن المعالجة اللطيفة يجب ان تتسج بناءا على الحالة السريرية. ✓
- في المرضى اللذين لديهم امراض منتشرة في الوقت الحاضر, فأن المعالجة الإشعاعية (عادة الجلسات المجزأة) يجب ان تؤخذ بالاعتبار في المعالجة اللطيفة الفعالة. د
- يجب تبني المعالجة الاشعاعية اللطيفة (جزء واحد/ كورس قصير) من أجل ضبط حالة النزيف, المفرزات, الالام الناتجة عن الامراض الحوضية او الانتقالات العظمية. د
- يجب تبني التدخل الجراحي العصبي او جدول المعالجة الشعاعية المجزأة او جلسة قصيرة في حالة انضغاط الحبل الشوكي بسبب الانتقالات الورمية العظمية. ✓
- التدخلات الجراحية متضمنة فغرات التحويل و/ أو الدعامات يجب ان تعتبر كمثال ملائم في حالات المرض العرضي الانسدادي. ✓

المتابعة:

التوصيات العامة:

- الاهداف المبدئية لمتابعة المريضات بسرطان عنق الرحم يجب ان تتضمن:
 - تحديد مبكر لنكس او تكرار المرض.
 - دعم و تثقيف المريضة.
 - اعادة تأهيل مع هدف منع حدوث و تقليل الحالة النفسية و الاجتماعية و الجسدية و العواقب الوجودية للسرطان و ان المعالجة له بدأت في وقت التشخيص. الجهود يجب ان تحسن من القدرات الجسدية و نوعية الحياة للنساء المتأثرات بسرطان عنق الرحم, و تشمل اعضاء الاسرة/ مقدمي الخدمة. يجب تولد عدة من المستشارين المختصين للتشاور: مثلاً أخصائي النفسية, المعالج الجنسي, المعالج الفيزيائي, أخصائي التغذية.
 - تقييم النتائج على المدى البعيد لاستراتيجيات العلاج الجديدة
 - مراقبة جودة العناية .
- كل زيادة يجب ان تتكون مما يلي:
 - القصة المرضية للمريضة (متضمنة استنباط الاعراض ذات الصلة)
 - الفحص الفيزيائي (متضمناً الفحص بمنظار عنق الرحم و فحص الحوض يدوياً).
 - تقييم الطبيب للأحداث السلبية مستخدماً المقاييس المعتمدة (مثل معايير المصطلحات الشائعة للأحداث السلبية).
 - الوقاية او المعالجة للسرطان و المعالجة المتعلقة بالتأثيرات الجانبية مثل سوء الوظيفة الجنسية (مثل الاستشارة, المزقات المهبلية, الاستروجين الموضعي).
- في حال كان مظهر العلاج متعلقاً بالاعراض, فيجب تحويل المريضة الى متخصص (طبيب الباطنية و طبيب جهاز هضمي و نسائية / بولية)
- على المريضات ان يتقنن حول الاعراض التي قد تنتج عن نكس المرض و عودته و عن احتمال طول الفترة او المرحلة و التأثيرات المتأخرة للعلاج. كما يجب التشاور مع المريضات حول الصحة الجنسية, نمط الحياة و التكيف معه, التغذية, التمارين الرياضية, السمنة, الاقلاع عن التدخين.
- برامج المتابعة قد تكون فردية اخذة بعين الاعتبار عوامل الانذار, طريقة العلاج والخطر المقدر و /أو ظهور التأثيرات الجانبية, بشكل عام فأن فترات المتابعة من 3 الى 6 أشهر في اول سنتين, بعد ذلك كل 6 الى 12 شهر خلال 5 سنوات.

التوصيات العامة (يتبع):

وصف العلاجات الهرمونية للناجين من سرطان عنق الرحم في سن انقطاع الطمث المبكر هي خطوة مدعومة ويجب ان تتوافق مع توصيات انقطاع الطمث العادي. البروجسترون والأستروجين يجب وصفهما معا في حالة وجود الرحم (متضمنا العلاج الإشعاعي النهائي) المعالجة الوحيدة بوصى بها بعد استئصال الرحم

التصوير والتحاليل المخبرية يجب إجراؤها بناءً على الاعراض او النتائج المشبوهة والتي تدل على النكس أو نسبة المرض

النساء التي لديهن اعراض. يعتبر تصوير الرين المغناطيسي او الطريقي المحوري لتقييم احتمال النكس سريريا. اذا كان ايجابياً فيجب اجراء تصوير PET-CT لكامل الجسم للمرضى الذين يمكن ان يتم اجراء لهم معالجة انقائية (جراحة او اشعاع). وبالمثل فإن PET-CT يمكن اضافته عند الاشتباه بعودة التكرار (النكس) و ذلك عندما تكون الموجودات التصويرية الاخرى مشبوهة.

يجب الاخذ بعين الاعتبار التأكيد الباثولوجي لاي ورم مستمر او ناكس. اذا كانت الافة متوضعة عميقا داخل باطن عنق الرحم (في حال كانت المعالجة محافظة او نهائية بالعلاج الإشعاعي الكيميائي)، فإن الطريقة المفضلة هي اخذ خزعة قطع صحيح موجه بالتصوير . من اجل اي مرض يأتي بعيد عن خلفية الورم الأصلي، فإن تصوير الترا ساوند او الطريقي المحوري الموجه هي طريقة يمكن استخدامها لتأجاز التأكيد الباثولوجي. في الحالات المرضية المشبوهة سريريا او إشعاعيا فإن الخزعة قد لا تكون نهائية.

المتابعة بعد المعالجة المحافظة على الخصوبة:

جميع النساء يبقي لديهن خطر نكس الورم والذي يتبع المعالجة و هؤلاء يجب متابعتهم بعناية. المتابعة يجب ان يتم تنفيذها بواسطة مزود الخدمة ويكو ن لديه خبرة خاصة بمشاكل الاعضاء التناسلية السفلية وخلل النسيج (مثل طبيب علم الاورام النسائية، خبير التنظير المهبل).

فترات المتابعة يجب ان تكون ما بين 3 الى 4 أشهر خلال اول عامين من العمل الجراحي، ثم كل 6 الى 12 شهر حتى 5 سنوات. بعد ذلك يمكن اعادة المريضات الى المسح السكاني العادي. المدة الزمنية للمتابعة على اية حال يمكن تقسيمها اعتمادا على خطورة النكس او استمرار الاختلاطات المرتبطة بالمعالجة.

المتابعة يجب ان تتضمن فحص الفيروس الحليمي البشري (H.P.V) (مع او بدون الفحص الخلوي) ان الجمع بين تنظير المهبل مع فحص ال H.P.V بالتوازي والذي يتم تنفيذه عن طريق أخصائي خبير بالتنظير المهبل هو خيار مطروح. ان دمج تحليل ال H.P.V عالي الخطورة عند 6، 12 و 24 شهر بعد المعالجة هو فعل مؤيد. فإذا كان H.P.V سلبي النتيجة، عندها تكون المتابعة كل 3-5 سنوات للمدة اللازمة

المتابعة بعد الاستئصال البسيط أو الجذري للرحم:

- ✓ يجب اجراء المتابعة بواسطة طبيب خبير مع متابعة الرعاية بعد الجراحة والتي تتبع التوصيات العامة(انظر للأعلى). وأنه غير موصى به باجراء فحص خلوي لقبو المهبل.

المتابعة بعد العلاج الكيميائي والاشعاعي:

- ✓ نفس الطريقة للتصوير يجب ان تستخدم لتقييم استجابة الورم كما كان يستخدم في الخطوات الاساسية.
- ✓ التصوير يجب ان يتم ليس اكر من 3 اشهر تالية للمعالجة الكاملة. في الحالات المشكوك فيها يجب اجراء اعاده التقييم ليس قبل 8 اسابيع بعد ذلك.
- ب لأهداف اعاده التقييم, ان التشخيص الامثل للامتداد الموضعي هو الرين المغناطيسي للحوض MRI, اما بالنسبة للانتشار البعيد فأن التصوير الطبقي المحوري او PET-CT للصدر/ البطن (يفضل بعد المعالجة النهائية الكيماوية الشعاعية او في المرضى عالي الخطورة).
- ✓ المتابعة يجب ان تتم بواسطة طبيب خبير مع متابعة الرعاية الطبية بعد المعالجة الشعاعية, الفحص الخلوي غير موصى به لدى هؤلاء المريضات.
- ✓ مزودي الخدمة يجب ان يتعلموا ويتقنوا حول الصحة الجنسية والمهبلية بما ان تضيق او جفاف المهبل قد يحدث. يجب ان نعرض على المريضات توسيع المهبل وايضا المزلفات المهبلية او الاستروجين الموضعي.

سرطان عنق الرحم أثناء الحمل C.C.I.P:

✓ كل مريضة تم تشخيص سرطان عنق الرحم لديها أثناء الحمل، فيجب التشاور معها بواسطة فريق متعدد التخصصات. هذا الفريق يتألف من خبراء في حقول علم الأورام النسائية، اختصاصي في حديثي الولادة، طبيب توليد، طبيب تخدير، اشعاعي اورام نسائية، طبيب اورام نسائية باطني، طبيب نفسي خاص بالأورام النسائية، اذا تطلب الامر: عالم دين أو أخلاق.

✓ اعطاء طيف واسع من الخيارات الدوائية الموصوفة، الفريق متعدد الاختصاصات يوصي بتقسيم خطط المعالجة بالتراضي بناء على اهتمام المريضة، تصنيف الورم، سن الحمل لحظة تشخيص السرطان. الاهداف الأولية لحظة العلاج الموصى به هو حماية المرأة من الناحية الورمية على قيد الحياة قدر الامكان بدون زيادة نسبة المرض على الجنين.

✓ ان معالجة المريضات ب (CCIP سرطان عنق الرحم أثناء الحمل) يجب ان يكون حصرا في مركز طب الاورام النسائية، مترافقا مع مركز عالي المستوى للرعاية ما بعد الولادة مع خبرة كافية في معالجة الاورام النسائية أثناء الحمل والعناية الطبية المركزة في حديثي الولادة والخدج، نظرا لقلّة حدوث CCIP، فان التمركز في عدد قليل من المرافق المجهزة جيدا هو امر غاية في الاهمية.

د بالإضافة الى الفحص السريري و التحقق النسيجي من سرطان عنق الرحم الغازي، يفضل استخدام طرائق التصوير للتصنيف السريري في مريضات C.C.I.P متضمنة MRI او التصوير الصدري المتخصص. نظرا للخبرة المحدودة والنشاط الاشعاعي الكامن PET-CT (PET MRI) يجب ان يتم تطبيقها تحت ظروف منقاة بدقة.

✓ الورم المتورط باصابة عقد لمفاوية مشبوهة، يجب ان يتم تاكيده تشريحا بناء على اهمية انذاره و التأثير على العلاج وصولا الى الاسبوع 24 من الحمل(قابلية الحياة والنمو للجنين)، مفضلا اقل تقارب غازي. اعتمادا على تصنيف الورم و اسابيع الحمل، فان خيارات المعالجات التالية يجب ان تتم مناقشتها مع المريضة بناء على فوائد و مخاطر كل تقارب على حدة:

- الجراحة الملائمة متضمنة ازالة الورم، اجراء خزعة، قطع عنق الرحم، و تصنيف مرحلة اصابة العقد للمفاوية(انظر في الاعلى) وفقا الى تصنيف المرض مع نية الحفاظ على الحمل.
- الجراحة الجذرية او الاشعاع الكيماوي النهائي كما هو موصى به من المرض بدون الحفاظ على الحمل، او بدون انتهاء حمل سابق.

- تأخير المعالجة الورمية النسائية حتى ينضج الجنين (إذا كان بالإمكان أكثر من 32 اسبوع من الحمل) والبدء مباشرة بمعالجة السرطان النوعي بعد الولادة بالعملية القيصرية.
 - معالجة كيميائية حتى ينضج الجنين والبدء مباشرة بعلاج السرطان النوعي بعد الولادة بالعملية القيصرية. المعالجة بعد الولادة يجب ان تأخذ بالاعتبار تطبيق المعالجة الكيميائية السابقة. في المريضات اللواتي لديهن تقدم موضعي في المرحلة الورمية، او مع وجود بقايا ورم بعد الخزعة المخروطية لعنق الرحم (CONE) والتي يتعذر ازالته بشكل كامل (هناك خطر تمزق الاغشية الجنينية قبل النضج و/ او عدم استمساك عنق الرحم) المعالجة الكيميائية المعتمدة على البلاتينيوم يمكن تطبيقها بشكل مبكر في عمر 14 اسبوع من الحمل.
- الولادة الطبيعية يمكن ان تترك اثرا سلبياً لدى المريضات وبالتالي فان الولادة بعملية قيصرية بع 32 أسبوع من الحمل هو نمط الولادة الموصى به. في وقت اجراء او بعد اجراء العملية القيصرية فان المرحلة النهائية المعدلة لعلاج الأورام يجب اجراؤها بشكل مطابق لتلك التي عند النساء غير الحوامل. أخذين بعين الاعتبار العلاجات التي أعطيت اثناء الحمل

مبادئ المعالجة الإشعاعية:

المعالجة الكيميائية الإشعاعية النهائية والمعالجة الإشعاعية الموضعية : الجوانب العامة:

المعالجة النهائية (بدون جراحة ذات صلة بالأورام) المؤلفة من المعالجة الإشعاعية الكيميائية المصاحبة للحوض (المتعمدة على البنتانينوم) و المعالجة الإشعاعية الموضعية او ERBT الحوضية لوجدها الوقت بين العلاج الإجمالي والعلاج الجازم يجب أن لا يتجاوز 7-8 أسابيع وتأخير المعالجة الإشعاعية الموضعية او تقطعها يجب تجنبه

المعالجة النهائية الكيميائية الإشعاعية:

ERBT موصى بها 3D معالجة شعاعية متطابقة. المعالجة المفضلة هي المعالجة المعدلة (IMRT) بناء على التوزيع المتطابق الأقصى للجرعة بحيث يزيد من تجنب الاعضاء للاشعاع

ERBT يمكن تطبيقها كمصاحبة للمعالجة الكيموشعاعية مع اقصى جرعة من 45-50 Gy (1.8 Gy لكل جزء) ومعالجة كيميائية ذات عامل وحيد يجعلها حساسة للأشعة. بشكل مفصل Cisplatin (اسبوعا 40 ملغ/م²) بحيث المعالجة الشعاعية النهائية لتكون منقوصة. اذا كان ال Cisplatin غير قابل للتطبيق فان الخيارات العلاجية البديلة هي فلوريدوراسيل (5fu) او كاربوبوتلاين. ERBT يمكن تطبيقها ايضا بدون ان يرافقها معالجة كيميائية و ذلك يكون اعتمادا على اختيار المعالجة (مثلا اذا كانت المريضة غير ملائمة لاي معالجة كيميائية) يمكن اعتبار المعالجة بفراط الحرارة الناحية في مثل هذه الحالات. الورم والعقد للمفاوية المتعلقة بالحجم الملائم ل IMRT يتضمن سرطان عنق الرحم البطني و الانسجة المجاورة مثل مجاورات الرحم , جسم الرحم, اعلى المهبل والعقد للمفاوية الحوضية(المسد, الداخلي, الخارجي والحرقلي الشائع وقيل العجز). في حال تشارك العقد للمفاوية الحوضية والتي من شأنها زيادة خطورة الانتشار في العقد للمفاوية و ما حول الابهر. ERBT يمكن ان تتضمن منطقة ما حول الابهر حتى الشرايين الكلوية (45Gy). في حال العقد للمفاوية حول الابهر كانت مصابة, فان الحجم الملائم يتضمن اقل مساحة حتى الشرايين الكلوية. انقاص الحجم الهدف (target volume) لأجل ERBT يمكن ان يكون سببا في صغر حجم الحوض ولايتضمن العقد الحرقفية الشائعة ويمكن اعتباره منخفض او متوسط الخطورة T1b1 مع سلبية العقد للمفاوية في التصوير ولا يوجد LVSI.

المعالجة المساعدة في المرضى مع عقد لمفاوية مصابة, يمكن ان تطبق كدفعة متكاملة في وقت واحد (دفعة واحدة) خلال ال IMRT او كدفعات متتابعة. مجموع الجرعة متضمنة الانتشار من المعالجة الإشعاعية الموضعية يجب ان تكون الجرعة 55-60 Gy. (الجرعة الفعالة المكافئة هي 2 Gy لكل جزء (EQD2) خيارات

المعالجة البديلة هي جراحة التفسير للعقد الضخمة. المعالجة الشعاعية الموجهة بالتصوير

(IGRT) موصى بها من أجل IMRT للتأكد من تطبيق الجرعة الامنة في الورم المتعلق بالاهداف, لحساب الخطوات الغير مؤكدة من اجل خفض الهوامش و ذلك لإنجاز تقليل خطر الجرعات على باقي الاعضاء. أجمالي الوقت اللازم ل EBRT يجب ان لا يزيد عن 5-6 أسابيع.

العلاج الموضعي الأشعاعي النهائي:

العلاج الأشعاعي الموضعي الملائم بالتصوير (IGABT) موصى به و يفضل استخدام MRI عند تطبيق العلاج الأشعاعي الموضعي IGABT يتم استخدامها في الأورام الكبيرة للتوجه الى نهاية او بعد العلاج الأشعاعي الكيمايائي المرافق له. إعادة الفحص النسائي الزامي و هو من الطرق البديلة للتصوير المستخدم مثل ال C.T او التصوير الصدري. الورم المستهدف بالعلاج الأشعاعي الموضعي متضمنا حجم الورم المتبقي (GTVTers) بعد المعالجة الكيموأشعاعية. ان حجم الورم السريري عالي الخطورة المستهدف (CTV-THR) , ويتضمن كامل عنق الرحم والانسجة المرضية المجاورة المتبقية والحجم السريري متوسط الخطورة المستهدف (CTV-TIR) ان المعالجة الأشعاعية الموضعية داخل الاجواف والمركبة داخل الاجواف والمركبة و داخل الفراغات الخلالية, يجب ان يتم تحت التخدير.

الادارة الطبية للمعالجة الأشعاعية الموضعية يجب ان تتألف من جزء رحمي واخر مهبلي (بويضات, حلقي, بشكل قالب, مركب حلقي , بوضوي) ويجب الاخذ بعين الاعتبار المعالجة الأشعاعية الموضعية داخل الاجواف/ داخل الانسجة الخلالية لجعل التطبيق ملائم اكثر مع الهدف المحدد لوحد. المركب المهبلي يحتوي على فتحات من اجل الابر المستقيمة المائلة و التي تعود الى مجاورات الرحم. في حال وجود بقايا هامة للورم او المرض في مجاورت الرحم(كأى منطقة خارج عنق الرحم مثل المهبل, جسم الرحم, عضو مجاور) هذه يجب ان تصبح جزء من CTV-TUR. تطبيق العلاج الأشعاعي الموضعي يجب ان يكون مركبا من الاجراء داخل الاجواف والاجراء داخل الانسجة الخلالية في نظام لتحقيق جرعة شعاعية عالية كافية CTV-THR.

في IGAB هدف خطة العلاج يجب ان يبنى على اساس اعطاء 40-45 Gy (EQD2) لكل فصل بالكامل ERBT+ جرعة المعالجة الشعاعية الموضعية اكثر او تساوي 85-90 Gy (EQD2) (D90) (على افتراض Gy45 عبر ERBT) الى CTV-THR اكثر او تساوي 60 Gy (D98) الى ال CTV-TIR واكثر او يساوي Gy90 (D98) الى GTV-Ters. D2 و D3 الجرعة و نقطة القيود للمستقيم, والمثانة و المهبل و الكولون السيني للامعاء, هي موصى بها ويجب ان تكون مبنية على الأدلة السريرية المنشورة.

تطبيع جرعة النقطة A يجب ان تستخدم كنقطة البداية في خطة العلاج المتدرجة الملائمة, وايضا تقرير و وصف جرعة النقطة A كانت قد توسعت بواسطة المنهج الحجمي.

المعالجة الأشعاعية الموضعية يجب اعطاها على عدة اجزاء كمعدل جرعة عالية (عادة 3-4) او في 1-2 جزء كمعدل جرعة نابض من المعالجة الأشعاعية الموضعية. في الالوي الكبيرة فان المعالجة الأشعاعية الموضعية يجب ان يعطى خلال 1-2 اسبوع وصولا الى نهاية او ما بعد المعالجة الشعاعية الكيمايائية.

من اجل الأورام المتعلقة بالاهداف الاخرى (CTV-TIR.CTV-TUR.GTV-TERS) فانه من غير المستحب استخدام المعالجة بحزمة أشعاعية خارجية لاعطاء جرعة اضافية (مثلا: تعزيز مجاورات الرحم, تعزيز عنق الرحم) حتى عندما نستخدم تكنيك ERBT متقدم مثل المعالجة الأشعاعية بالتكنيك الشعاعي Stereotactic. ان استخدام كتلة خط الوسط لتعزيز مجاورات الرحم, غير محبذ عندما نعطي علاج أشعاعي متقدم موجه بالتصوير, وبشكل خاص فيما بعد Gy50-45.

العناية يجب ان تؤخذ لتلائم راحة المرضى خلال المعالجة الأشعاعية الموضعية (المجزأة). وبشكل مفضل فان هذه تتضمن تقارب متعدد التخصصات.

العلاج الإشعاعي المساعد أو العلاج الكيماوي الإشعاعي:

المعالجة الأشعاعية المساعدة أو المعالجة الكيماوية أشعاعية تتبع المبادئ النظرية لاختيار الهدف والجرعة والتجزئة كما أوجزت للمعالجة النهائية.

ان تطبيق IMRT و IGRT هو الخيار الافضل لاعتباره كعلاج يتعلق بنسبة المرض التي من الممكن ان تتخفف.

المعالجة الأشعاعية الموضعية المساعدة (الاضافية) يجب اخذها بعين الاعتبار فقط اذا كانت المنطقة محددة جيدا و يمكن الوصول اليها بسهولة من خلال تكنيك المعالجة الأشعاعية الموضعية- وكانت ذات خطورة عالية للنكس الموضعي(مثلا: المهبل, مجاورات الرحم) مثل هذه المعالجة الأشعاعية الموضعية المساعدة يجب ان تتبع المبادئ العريضة الموجزة في الاعلى لاجل المعالجة الشعاعية الموضعية الموجهة بالتصوير .

ERBT المثالية 3D النهائية او المعالجة الكيميائية الأشعاعية والمعالجة الأشعاعية المبنية على المعالجة الأشعاعية الموضعية:

المعالجة الأشعاعية المثالية لوحدها او المصاحبة للمعالجة الكيميائية الأشعاعية بشكل مؤكد (المعتمد على على البلاتينيوم) \pm المعالجة الأشعاعية حول الابهر و/أو المعالجة الأشعاعية 2D المعتمدة على المعالجة الأشعاعية الموضعية هو موصى به, اذا كان كل من IMRT و/او IGABT غير متوفرة.

في حالة المعالجة الأشعاعية المثالية 3D و/او المعالجة الشعاعية مبنية على المعالجة الأشعاعية الموضعية, التوصيات من اجل ERBT و IGABT كما اوجزت في الاعلى بالعودة الى الهدف, الجرعة, التجزئة وان مجمل وقت المعالجة يجب ان يكون محترما كل ذلك بقدر المستطاع.

تعزيز العقد للمفاوية المتعاقب يطبق بشكل مثالي بعد اكمال 3D ERBT.

الهدف العلاجي للمعالجة الأشعاعية الموضعية يجب ان يعتمد على النقطة A. الجرعة الى النقطة A يجب ان تكون اكبر ان تساوي Gy75 (EQD2) في CTV-THR (اقل او تساوي 3سم) بعرض ملائم محدود ويجب ان يهدف في الجرعات الاعلى في عرض كبير ملائم CTV-THR اقل من 4سم, بالاضافة لذلك فان الجرعة لاقصى عرض من ال CTV-THR يجب ذكرها. التصوير الأشعاعي المبني على قيود جرعة النقطة و 3D قيود حجم الجرعة فيما اذا كان متوفرا للمستقيم والمتانة والمهبل والكولون السيني والامعاء هو موصى به وهم يجب ان يكونوا مبنيين على الأدلة السريرية المنشورة.

مبادئ التقييم المرضي الباثولوجي:

متطلبات العينة المقدمة للتقييم المرضي:

معلومات عن المريض، الفحص الخلوي السابق لعنق الرحم، العينات النسيجية سريريا، والتفاصيل الشعاعية و موجودات تطير الرحم يجب ان يوجد في طلب العينة، تفاصيل الفحص الخلوي، الخزعة او العينة الجراحية (CONE, العينة الحلقية، قطع عنق الرحم، نوع استئصال الرحم، وجود المبايض او انابيب فالوب، وجود مجاورات الرحم) يحتاج الى ان تكتب بالتفصيل في ورقة طلب العينة.

الخزعات والعينات الجراحية يجب ان ترسل الى قسم التشريح المرضي ضمن حاويات سائل مثبت (تثبيت العينة على الفلين باحكام يمكن ان يجرى). عينات الفحص الخلوي يجب ان يتم ارسالها الى القسم الباثولوجي سواء كتخصير SMEAR (علم الخلايا التشعيري على شرائح زجاجية (سلايد) معرف و محدد بدقة ووضوح مع اسم المريضة وتاريخ ميلادها) او العلم الخلوي المعتمد على السوائل. من الضروري ارسال رسالة عندما يتضمن الطلب تحليل الفيروس الحليمي البشري HPV. CONE/العينة الحلقية يجب ارسالها بشكل مثالي و هي سليمة مع قطبة تشير الى موقع الساعة 12 في العينة.

أخذ و جمع العينات:

عينات الخزعة الصغيرة يجب تعدادها و قياسها.

القطر (القطران) و عمق خزعة كون / العينات الحلقية يجب قياسها.

يجب ان تسجل اذا كانت العينة كاملة او مقسمة. اذا كان هناك اكثر من قطعة من النسيج تم تلقيها، كل قطعة يجب قياسها في ثلاثة ابعاد و تقصص كليا (تماما او بكل ما فيها).

التحبير (الكتابة بالحبر) على الحواف الجراحية في خزعة كون/ العينة الحلقية هو اختياري.

تسليخ خزعة كون/ الخزعة الحلقية يجب ان يتم اجراؤه على الطريقة الحديثة المناسبة. كل القطع المقدمة يجب ان تكون بطلب رقمي تتابعي. هذا شئ مهم اذا كان الورم قد احضر من اكثر من قطعة، يحتاج لان تعرف فيما اذا كانت هذه القطع برقم تسلسلي و ذلك ورم وحيد او التركيز على ورم متعدد البؤر.

و يوصى بوضع قطعة واحدة من النسيج في كل كاسيت (علبة). هناك ايضا تقنية يتضمن اكثر من قطعة من الانسجة في كل كاسيت اذا كانت تلك القطع النسيجية صغيرة لحد كاف. في الحالات التي لا تتضمن خزع سليمة : سواء خزعة كون/ حلقات، اجزاء شعاعية متسلسلة فيجب وضع كل شريحة من النسيج في كاسيت لوحده. وصف العينة (استئصال الرحم، قطع عنق الرحم، وجود المبايض او قنوات فالوب، وجود عقد لمفاوية، ودلالة على مواقع العقدة الليمفاوية، وجود التئبات المهبلية، وجود مجنورات الرحم) يجب ان تسجل و تتطابق مع الوصف المعطى في ورقة طلب العينة. اذا كان هناك اي تشوه لاي جسم او اي عضو يجب ان يذكر و يوثق.

ابعاد الرحم في عينة الرحم المستأصل و عينة عنق الرحم ايضا يجب توثيقها.

اقل طول واقصى طول من التئبات المهبلية ايضا يجب توثيقها.

حجم مجاورات الرحم يجب ان توثق في بعدين (قطرين) (عمودي و افقي). اذا كان هناك تورط كبير للورم من مجاورات الرحم او المهبل او جسم الرحم او اي عضو آخر فيجب توثيقه. العلاقة بين سرطان عنق الرحم و المهبل و هوامش مجاورات الرحم (والحافة العلوية في عينة قطع عنق الرحم) يجب ان يتم قياسها ويجب اخذ مقاطع مثالية لبرهان هذا. مجاورات الرحم والمهبل يجب ان تعلم بالبحر . يجب تسليم مجاورات الرحم كاملة الى الفحص النسيجي. الحافة العلوية لعينة قطع عنق الرحم يجب اخذها بالتمام والكمال (مجموعها) في طريقة تظهر المسافة بين الورم الى حافة الهامش. يجب فحص حواف المهبل بشكل كامل كمقاطع شعاعية اذا لم يظهر الورم بحجم كبير . عندما يكون الورم صغيرا (او في حالة الاورام التي لا تستطيع تحديدها بالعين المجردة). عنق الرحم يجب فصله عن جسم الرحم، و يفتح و يجهز من اجل خزعة كون/ العينة الحلقية.

في حال كان الرحم ضخما، فان استئصال الرحم او قطع عنق الرحم يجب ان يتم فتحه في طريقة سهمية الشكل(شاقولي). يجب توثيق وصف الرحم، و قياس اي كتلة كبيرة للورم. الاورام الضخمة يجب قياسها في 3 ابعاد يعني قياسان للتمدد الاقبيو واحد للانتشار العميق. مكان توضع الورم في عنق الرحم يجب ان يوثق ايضا. يجب اخذ خزعة من ورم عنق الرحم بطريقة يظهر فيها العمق الاقصى للورم، والعلاقة ما بين الورم والحواف الجراحية والتمدد الى الاعضاء الاخرى. مكان خزعة كون السابقة يجب ان يوثق اذا كان مرئيا. على الاقل كتلة واحدة لكل سم من قطر الورم الاعظم طولاً، لاجل الاورام الضخمة، يجب ان تؤخذ كتل اضافية متضمنة عنق الرحم المجاور للورم في طريقة لاطهار الاقات السابقة. فتحة عنق الرحم يجب اخذ خزعة منها في حال في حال كان كان الورم صغيرا او في حال لم تحيد الورم بمنظار العين المجردة. يجب اخذ خزعة من جسم الرحم والمهبل و الملحقات اعتمادا على البروتوكولات القياسية اذا لم تكن متورطة بالورم. اما اذا كان جسم الرحم و/او الملحقات متورطة بشدة فان المزيد من الخزع الكتلية يجب ان تؤخذ. يجب ان تغلق جميع حواف المهبل. في حالة العقد اللمفاوية فيجب تسليمها للفحص النسيجي. اذا كانت العقد اللمفاوية متورطة بالورم فان مزيد من الخزع الممثلة تكون كافية. اذا لم تكن متورطة بشدة فان كل عقدة لمفاوية يجب ان تؤخذ منها خزعة عند مسافة 2 ملم و تتضمنها بشكل كامل. لكل قطعة هيماتوكسين و ايوزين (H&E) يجب اخذ خزعة. العقد اللمفاوية يجب ان تسلّم في كاسيت منفصل اعتمادا على الموقع المسجل في ورقة طلب العينة.

التحليل الباثولوجي للعقد المفاوية الحارسة:

يجب اجراء التقييم اثناء العمل الجراحي في حال الاشتباه الكبير باصابة العقد المفاوية الحارسة و يمكن اجراؤه اذا لم تكن العقد الحارسة مشبوهة بما ام الناكيد بانتشار الورم في الغدد سوف يكون سببا في التخلي عن استئصال الرحم او قطع عنق الرحم.

بالنسبة للتقييم اثناء العمل الجراحي فان العقد المفاوية الحارسة يجب ان ترسل الى القسم الباثولوجي في حاوية بدون سائل مثبت.

التحليل اثناء العمل الجراحي يتطلب تسليخ ضخم من النسيج الدهني المستأصل جراحيا بواسطة اخصائي في علم الامراض مع اختيار للعقد المفاوية.

في العقد المفاوية مع اورام واضحة ضخمة فان خزعة مفردة تكون كافية عن طريق الخزعة المجمدة. الخزعة المجمدة يمكن ان تكون مع بصمة الخلايا.

اي عقد لمفاوية حارسة غير مشبوه بها يجب ان تقسم الى جزئين (اذا كانت صغيرة) او ان تقسم الى شرائح بسماكة 2 ملم ويتم تجميدها بشكل كامل.

من اجل كل عينة، الخزع النسيجية يجب ان تقطع و تصبغ الهيماتوكسين والايوزين (H&E).

بعد تحليل الخزعة المجمدة فان الانسجة يجب ان توضع في كاسيت و تثبت بسائل مثبت و بشكل متتالي يتم معالجتها و وضعها في البارافين.

القطع النسيجية من العقد المفاوية الحارسة يجب تحليلها كاملة بفحص مقاطع متسلسلة متعددة بمستويات مختلفة مع صبغ الهيماتوكسين والايوزين (H&E). يجب تطبيق صبغات السيروتوكيراتين في كل القطع النسيجية.

تحديد الانتقالات المجهرية الورمية والخلايا الورمية المعزولة يجب ان تثبت بواسطة الكيمياء المناعية النسيجية مع الاجسام المضادة للبان سيتوكيراتين (مثلا: AE3/AE1) الاجراءات مختلفة تم نشرها ولا توجد طرق معيارية. ايجابية خلايا السيروتوكيراتين يجب دائما ان تكون مترابطة دائما مع علم التشكل المورفولوجي. محتويات مولديان (الانتباز البطاني البوقي، الانتباز البطاني الرحمي) والخلايا الظهارية يمكن ان توجد في العقد المفاوية في الحوض او حول الابهر و تكون ايجابية الستوكيراتين.

متطلبات التقرير الباثولوجي:

وصف العينات المستلمة من اجل التقييم النسيجي.

الوصف الظاهر للعينات (خزعة، حلقة/كون، قطع عنق الرحم، استئصال الرحم) متضمنة ابعاد العينات (3 ملم)، رقم الطع النسيجية للخزعة الحلقية او كون، الطول الاقصى والاقصر لثنيات المهبلو مجاورات الرحم في بعدين (قطرين).

مكان توضع الورم الظاهري، اذا كان الورم مرئيا بوضوح، في عينات قطع عنق الرحم وفي استئصال الرحم.

أقطار الورم متضمنة قياسين أفقيين و عمق انتشار الورم أو ثخائته (أقطار الورم يجب ان تبنى على توافق السمات النسيجية والواضحة).

عند احضار اورام منفصلة متعددة البؤر، كل واحدة من هذه العينات يجب ان توصف و تقاس بشكل منفصل والاضخم من بينها يستخدم لتصنيف الورم (Staging).

ان عينات كون السابقة واللاحقة، و قطع عنق الرحم او استئصال الرحم يجب ان تتوافق من اجل تقدير حجم الورم. هذا من الهمية بمكان في العينات مختلفة البؤر والتي يمكن ان تكون قد كتبت تقاريرها في مؤسسات مختلفة. وانه ايضا من الضروري ان تعرف انه ببساطة: اضافة الابعاد القسوى للورم في العينات المنفصلة، يمكن ان تقيم بشكل عالي و دقيق للاقطار القسوى للورم.

نوع الورم النسيجي و درجة الورم

وجود او غياب ال LVSI

الباثولوجية المصاحبة (الآفة الشائكة داخل الظهارية/ فرط تصنع عنق الرحم داخل الظهاري، السرطان الغدي المتوضع، الآفة داخل الظهارية المطبقة المنتجة للمخاط).

الحد الأدنى ل المسافة من لحمة عنق الرحم غير المصابة.

حالة الحواف (الامراض الغازية او قبل الغازية) تحديد الحواف.

حالة العقد اللمفاوية والعقد اللمفاوية الحارسة، العدد الكلي للعقد اللمفاوية المتواجدة، والعقد اللمفاوية الايجابية، وجود امتداد خارج العقد (لاحة في كل المواقع المنفصلة). الانتقالات الدقيقة المجهرية (اكثر من 0.2 ملم و حتى 2 ملم) والمطروحة ك PNI(mi).

الخلايا الورمية المعزولة ليست اكثر من 0.2 ملم في العقد اللمفاوية المحيطة يجب ان يتم طرحها ك PNO(1+).

تأكيد الانتقالات الورمية البعيدة بشكل فرضي.

تصنيف باثولوجي اكايمي لمرحلة ما قبل الورم في لقاء مجموعة متعددة التخصصات (AJCC8th Edition) الاصدار الثامن.

العبارات التي يجب ان تتضمن في التقرير المرضي لسرطان عنق الرحم:

سريريا/جراحيا	بالعين المجردة	مجهريا
العينة المستلمة:	أبعاد العينات:	إبعاد الورم:
	<ul style="list-style-type: none"> • رقم القطع النسيجية (الحلقة / خزعة كون) • أقطار القطع النسيجية (الحلقة/ خزعة كون) ○ قطر فتحة عنق الرحم الخارجية.(قياسان) ○ عمق العينة • التثنيات المهبلية ○ الطول الأدنى ○ الطول الأقصى • حجم مجاورات الرحم في بعدين (أفقي و عامودي) • مواقع الورم الظاهرية 	<ul style="list-style-type: none"> • التمدد الافقي (قياسان) • عمق الغزو الورمي او ثخانتة <p>نوع الورم النسيجي</p> <p>درجة الورم النسيجي</p> <p>LVSI</p> <p>الباثولوجي المصاحبة له</p> <ul style="list-style-type: none"> • الافة داخل الظهارية المطبقة <p>الحرشفي / فرط تصنع عنق الرحم</p> <p>داخل الظهاري</p> <ul style="list-style-type: none"> • السرطان الغدي الموضعي • الافة داخل الظهارية المطبقة المنتجة للميوسين <p>المسافة الادنى للحمة عنق الرحم غير المصابة</p> <p>حالة الحواف (الامراض الغازية او قبل الغازية)</p> <p>تحديد الحواف</p> <p>حالة الغدد للمفاوية(حالة الغدد للمفاوية الحارسة/ العدد المصاب / العدد المسحوب او في حال وجود تمدد ما بعد عقدي.</p> <p>تأكيد منقالات الورمية البعيدة المؤكدة بطريقة باثولوجية</p> <p>اجتماع مجموعة متعددي التخصصات لتحديد مرحلة ما قبل الورم الباثولوجية (مجموعة (TNM).</p>



A series of horizontal lines for writing, spanning the width of the page and partially overlapping the watermark.



Access the full ESGO Guidelines



First edition published in 2017. Second edition published in 2018.

© 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