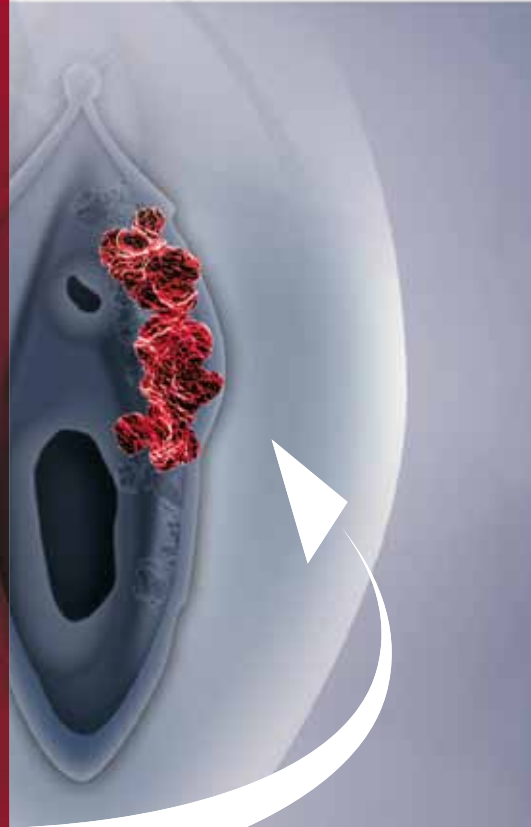


ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΑΙΔΟΙΟΥ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ
ΟΔΗΓΙΕΣ 2017







ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΑΙΔΟΙΟΥ

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"

Oonk, M. H. M., Planchamp, F., Baldwin, P., Bidzinski, M., Brannstrom, M., Landoni, F., ... van der Zee, A. G. J. (2017) European Society of Gynaecological Oncology Guidelines for the Management of Patients With Vulvar Cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, 27(4), 832-837. DOI: 10.1097/IGC.0000000000000975

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 του αιδοίου. Η ESGO είναι επίσης ευγνώμων στους 181 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
Ate van der Zee	Gynaecologic Oncologist (chair)	University Medical Center, Groningen (Netherlands)
Maaike Oonk	Gynaecologic Oncologist (co-chair)	University Medical Center, Groningen (Netherlands)
François Planchamp	Methodologist	Institut Bergonié, Bordeaux (France)
Peter Baldwin	Gynaecologic Oncologist	Addenbrooke's Hospital, Cambridge (United Kingdom)
Mariusz Bidzinski	Gynaecologic Oncologist	Holycross Oncology Center, Kielce (Poland)
Mats Brännström	Gynaecologic Oncologist	University of Gothenburg, Gothenburg (Sweden)
Fabio Landoni	Gynaecologic Oncologist	European Institute of Oncology, Milan (Italy)
Sven Mahner	Gynaecologic Oncologist	Ludwig Maximilian University of Munich, Munich (Germany)
Sergio Martinez	Gynaecologic Oncologist	Hospital Clinic of Barcelona, Barcelona (Spain)
Umesh Mahantshetty	Radiation Oncologist	Tata Memorial Hospital, Mumbai (India)
Mansoor Mirza	Medical Oncologist	Finsen Centre, Rigshospitalet, Copenhagen (Denmark)
Cordula Petersen	Radiation Oncologist	University Medical Center Hamburg, Hamburg (Germany)
Sigrid Regauer	Pathologist	Medical University of Graz, Graz (Austria)
Lukas Rob	Gynaecologic Oncologist	Charles University, Prague (Czech Republic)
Roman Rouzier	Surgeon	Pierre and Marie Curie University, Paris (France)
Elena Ulrikh	Gynaecologic Oncologist	N.N. Petrov Research Institute of Oncology, St. Petersburg (Russia)
Jacobus van der Velden	Gynaecologic Oncologist	Academic Medical Center, Amsterdam (Netherlands)
Ignace Vergote	Gynaecologic Oncologist	University Hospital Leuven, Leuven (Belgium)
Linn Woelber	Gynaecologic Oncologist	University Medical Center Hamburg (Germany)

Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Γυναικολογικής Ογκολογίας (ESGO) ανέπτυξε κατευθυντήριες οδηγίες που καλύπτουν τη διάγνωση και παραπομπή, τον προεγχειρητικό έλεγχο, τη χειρουργική αντιμετώπιση (τοπική θεραπεία, θεραπεία βουβωνικής χώρας, χειρουργική αποκατάσταση), τη διαδικασία φρουρού λεμφαδένα, την ακτινοθεραπεία, τη χημειο-ακτινοθεραπεία, τη συστηματική θεραπεία, τη θεραπεία υποτροπιάζουσας νόσου (υποτροπή αιδοίου, υποτροπή της βουβωνικής χώρας, απομακρυσμένες μεταστάσεις) και την παρακολούθηση για ασθενείς με καρκίνο του αιδοίου.

Πραγματοποιήθηκε μια διαδικασία ανάπτυξης πέντε σταδίων:

Ορισμός διεθνούς διεπιστημονικής ομάδας ανάπτυξης

Προσδιορισμός επιστημονικών στοιχείων

Διατύπωση συστάσεων

Εξωτερική αξιολόγηση των κατευθυντήριων γραμμών (διεθνής επισκόπηση)

Ενσωμάτωση των σχολίων των διεθνών κριτών

Ο στόχος αυτών των κατευθυντήριων οδηγιών είναι να βελτιώσουν και να ομογενοποιήσουν τη διαχείριση των ασθενών με καρκίνο του αιδοίου. Οι οδηγίες προορίζονται για γυναικολόγους, ογκολόγους, γενικούς γυναικολόγους, γενικούς χειρουργούς, παθολόγους, ακτινοθεραπευτές, παθολόγους ογκολόγους, γενικούς ιατρούς, ομάδες παρηγορητικής θεραπείας και συναφείς παρόχους υπηρεσιών υγείας.

Αυτές οι οδηγίες ισχύουν για ενήλικες άνω των 18 ετών με καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων του αιδοίου. Αυτές οι οδηγίες δεν απευθύνονται σε ασθενείς με άλλο ιστολογικό τύπο καρκίνου του αιδοίου. Οποιοσδήποτε κλινικός γιατρός επιθυμεί να εφαρμόσει ή να συμβουλευτεί αυτές τις κατευθυντήριες γραμμές καλείται να χρησιμοποιήσει ανεξάρτητη ιατρική κρίση στο πλαίσιο των μεμονωμένων κλινικών περιπτώσεων και να καθορίσει την φροντίδα και τη θεραπεία 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-Ιουνίου 1980 και Σεπτεμβρίου 2015.

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

I. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	8
II. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ	8
III. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	10
IV. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΦΡΟΥΡΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ.....	12
V. ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	13
VI. ΧΗΜΕΙΟ-ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	14
VII. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	14
VIII. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ	15
IX. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ.....	16

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ



Σε κάθε ασθενή με υποψία ca αιδοίου η διάγνωση θα πρέπει να τίθεται με βιοψία. Θα πρέπει να αποφεύγεται η πλήρης εκτομή της βλάβης προεγχειρητικά γιατί μπορεί να αποπροσανατολίσει τον περαιτέρω θεραπευτικό σχεδιασμό.



Σε ασθενείς με πολλαπλές βλάβες, θα πρέπει να παρθούν βιοψίες από όλες τις βλάβες ξεχωριστά με πλήρη χαρτογράφησή τους.



Όλες οι ασθενείς με ca αιδοίου θα πρέπει να απευθύνονται σε Γυναικολογικό Ογκολογικό Κέντρο και να αντιμετωπίζονται από ομάδα γυναικολόγων ογκολόγων.

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

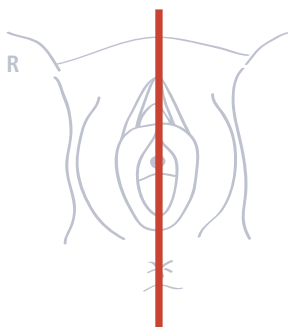


Ο καρκίνος του αιδοίου θα πρέπει να σταδιοποιείται σύμφωνα με την σταδιοποίηση FIGO ή TNM.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ



Ο προεγχειρητικός έλεγχος πρέπει να περιλαμβάνει σαφή καταγραφή της κλινικής εξέτασης (μέγεθος βλάβης, απόσταση από τη μέση γραμμή / την κλειτορίδα / τον πρωκτό /τον κόλπο /την ουρήθρα και ψηλάφηση λεμφαδένων).Προτείνεται σχεδιασμός της βλάβης είτε σε έντυπο είτε πάνω στην ασθενή



Απαιτείται εκτίμηση του τραχήλου, του κόλπου και του πρωκτού



Πριν από τη βιοψία λεμφαδένων, απαιτείται κλινική εξέταση και απεικόνιση της βουβωνικής χώρας (είτε με υπερηχογράφημα, είτε με PET-CT, είτε με μαγνητική τομογραφία (MRI) με στόχο τον καθορισμό της πιθανής ύπαρξης λεμφαδενικών μεταστάσεων.



Οι ύποπτοι λεμφαδένες (στην ψηλάφηση ή / και την απεικόνιση) θα πρέπει να ελέγχονται με αναρρόφηση λεπτής βελόνας (FNA) ή βιοψία (core biopsy) όταν αυτό ενδέχεται να τροποποιήσει την αρχική θεραπεία.



Περαιτέρω έλεγχος με το CT θώρακα / κοιλίας και πυέλου συνιστάται όταν υπάρχει κλινική υποψία ή αποδεδειγμένη (λεμφαδενική) μεταστατική νόσος και / ή προχωρημένο στάδιο νόσου.



Η προεγχειρητική βιοψία πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον ιστολογικό τύπο βλάβης και βάθος διήθησης.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Θεραπεία βουβωνικής χώρας

C

Απαιτείται τοπικά ριζική εκτομή.



Εκτός από την τοπικά ριζική εκτομή των διηθητικών όγκων, εξετάστε επιπλέον μια πιο επιφανειακή εκτομή της διαφοροποιημένης ενδοεπιθηλιακής αλλοίωσης του αιδοίου(d-VIN).



Σε πολυεστιακή διηθητική νόσο, μπορεί να ληφθεί υπόψιν η ριζική εκτομή κάθε βλάβης ξεχωριστά. Αιδοιεκτομή μπορεί να απαιτηθεί σε περιπτώσεις πολυεστιακής διήθησης που αναπτύσσεται σε υπόβαθρο εκτεταμένης αιδοϊκής δερματίτιδας.



Ο στόχος της εκτομής είναι να επιτευχθούν ελεύθερα χειρουργικά όρια. Συνιστώνται ελεύθερα χειρουργικά όρια τουλάχιστον 1 cm. Μικρότερα όρια είναι αποδεκτά σε περιοχές όπου ο όγκος βρίσκεται κοντά στις δομές της μεσαίας γραμμής (κλειτορίδα, ουρήθρα, πρωκτός) και είναι επιθυμητή η διατήρηση της λειτουργίας τους.



Όταν η διήθηση επεκτείνεται στα χειρουργικά όρια εκτομής του όγκου, η επανεγχείρηση είναι η θεραπεία εκλογής.



Ο καλύτερος δυνατός χειρισμός της βουβωνικής περιοχής (πλήρης μηροβουβωνική λεμφαδενεκτομή ή μεμονωμένη αφαίρεση λεμφαδένων) όταν αποδεδειγμένα υπάρχουν διηθημένοι λεμφαδένες είναι ακόμα αδιευκρίνιστος.

ΤΟΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- C** Σε νόσο σταδίου >pT1a θα πρέπει να πραγματοποιείται θεραπεία βουβωνικής χώρας.
- B** Για μεμονωμένους όγκους <4 cm χωρίς ύποπτους λεμφαδένες στην κλινική εξέταση και στην απεικόνιση (όποια και αν είναι αυτή) συιστάται η διενέργεια φρουρού λεμφαδένα.
- C** Για όγκους ≥ 4 cm και / ή σε περίπτωση πολυεστιακής διηθητικής νόσου, συιστάται αμφοτερόπλευρη μηροβουβωνική λεμφαδεκτομή. Σε πλάγιους όγκους (μ.ο. ορίων > 1 cm από τη μέση γραμμή) συιστάται η σύστοιχη μηροβουβωνική λεμφαδεκτομή. Ετερόπλευρη μηροβουβωνική λεμφαδεκτομή συιστήνεται όταν εμφανίζουν μεταστατική νόσο οι σύστοιχοι λεμφαδένες.
- D** Όταν έχει ένδειξη η λεμφαδεκτομή θα πρέπει να αφαιρούνται και οι επιφανειακοί και οι εν τω βάθει μηριαίοι λεμφαδένες.
- C** Προτείνεται η διατήρηση της σαφηνούς φλέβας.
- ✓ Οι ασθενείς με προχωρημένο στάδιο νόσου θα πρέπει να αξιολογούνται σε ένα εξειδικευμένο κέντρο για τον προσδιορισμό της καλύτερης δυνατής επιλογής και της σειράς των θεραπευτικών μεθόδων.
- ✓ Όταν διαπιστώνονται διογκωμένοι πυελικοί λεμφαδένες (>2εκ) θα πρέπει να αφαιρούνται.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

- ✓ Απαιτείται στο κέντρο αντιμετώπισης να υπάρχουν ομάδες με χειρουργικές δεξιότητες για την αποκατάσταση της περιοχής τόσο σε πρώιμα όσο και σε ώψιμα στάδια της νόσου.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΦΡΟΥΡΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ

B

Η διαδικασία φρουρού λεμφαδένα επιβάλλεται σε όλες τις ασθενείς με μεμονωμένη νόσο <4εκ χωρίς υποψία διηθημένων μηροβουβωνικών λεμφαδένων

B

Η χρήση ανιχνευτή ραδιενεργού ακτινοβολίας είναι απαραίτητη.

C

Η χαρτογράφηση των λεμφαδένων προτείνεται για να προσδιοριστούν η θέση και ο αριθμός των φρουρών λεμφαδένων.

C

Η διεχειρητική αξιολόγηση και / ή η εκτομή του φρουρού λεμφαδένα μπορεί να πραγματοποιηθεί σε μία προσπάθεια πρόληψης μιας δεύτερης χειρουργικής επέμβασης. Η πρόληψη δικαιολογείται λόγω του αυξημένου κινδύνου μη εντόπισης μικρομεταστάσεων λόγω της απώλειας ιστού που προκύπτει από την μετέπειτα επεξεργασία του τμήματος που αφαιρέθηκε.

✓

Όταν δεν ανευρίσκεται ο φρουρός λεμφαδένας (αποτυχία μεθόδου) πρέπει να πραγματοποιείται μηροβουβωνική λεμφαδεκτομή.

C

Σε περίπτωση που εντοπίζεται μεταστατική νόσος στο φρουρό λεμφαδένα (οποιοδήποτε μέγεθος): πραγματοποιείται μηροβουβωνική λεμφαδεκτομή με το φρουρό λεμφαδένα.

✓

Για όγκους που εντοπίζονται στη μέση γραμμή: είναι υποχρεωτική η ανίχνευση αμφοτερόπλευρα φρουρών λεμφαδένων. Όπου επιτυγχάνεται μόνο ετερόπλευρη εντόπιση φρουρού λεμφαδένα, πραγματοποιείται μηροβουβωνική λεμφαδεκτομή στην πλευρά εντόπισης.

C

Η παθολογοανατομική εκτίμηση των θετικών φρουρών λεμφαδένων θα πρέπει να γίνεται με συνεχείς τομές τουλάχιστον κάθε 200μm. Αν τα τμήματα είναι ελεύθερα νόσου τότε θα πρέπει να πραγματοποιείται ανοσοϊστοχημεία.

ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ



Η επικουρική ακτινοθεραπεία θα πρέπει να ξεκινάει το συντομότερο δυνατόν, κατά προτίμηση σε 6 εβδομάδες από την χειρουργική επέμβαση.



Όταν η νόσος επεκτείνεται μέχρι ή ξεπερνά τα χειρουργικά όρια και δεν είναι δυνατή η επανεπέμβαση, θα πρέπει να εκτελείται μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.



Σε περίπτωση που υπάρχουν ελεύθερα χειρουργικά όρια αλλά η νόσος είναι κοντά σε αυτά, η προοπτική της ακτινοθεραπείας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη με στόχο την πρόληψη τοπικών υποτροπών. Δεν υπάρχει ομοφωνία απόψεων για το ποια θα πρέπει να είναι η απόσταση κάτω από την οποία θα συστήνεται ακτινοθεραπεία.

B

Σε περιπτώσεις ανεύρεσης >1 μεταστατικού λεμφαδένα στη βουβωνική χώρα και/ή παρουσία εξωκαψικής λεμφαδενικής επέκτασης της νόσου συστήνεται μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.



Η επικουρική χημειοθεραπεία σε διήθηση βουβωνικών λεμφαδένων πρέπει να περιλαμβάνει όλη την ομόπλευρη βουβωνική περιοχή ακόμα και όπου οι πνευτικοί λεμφαδένες δε είναι ύποπτοι διήθησης στον απεικονιστικό έλεγχο, και τους λαγόνιους λεμφαδένες με όριο το διχασμό της κοινής λαγονίου αρτηρίας.

C

Με βάση τα στοιχεία από άλλους καρκίνους πλακωδών κυττάρων, όπως του τραχήλου μήτρας και του πρωκτού, η προσθήκη ταυτόχρονης, ακτινοευαίσθητης χημειοθεραπείας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη.

ΧΗΜΕΙΟ-ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

- C Οριστική χημειο-ακτινοθεραπεία (με κλιμακωτή δόσης ακτινοβολίας) είναι η θεραπεία εκλογής ασθενών με μη εξαιρέσιμη νόσο.
- C Σε ασθενείς με προχωρημένο στάδιο νόσου, θα πρέπει να εξετασθεί το ενδεχόμενο νέο-επικυρικής χημειο-ακτινοθεραπείας προκειμένου να αποφευχθεί η εξεντέρωση.
- C Συνιστάται η ακτινοευαίσθητη χημειοθεραπεία, κατά προτίμηση με εβδομαδιαία χορήγηση σισπλατίνης.

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- D Τα υπάρχοντα δεδομένα για τον καρκίνο του αιδοίου είναι ανεπαρκή για να προτείνουν το ιδανικό σχήμα παρηγορητικής θεραπείας.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ

Θεραπεία υποτροπής στο αιδοίο

- ✓ Συστήνεται τοπική ριζική εκτομή της υποτροπής.
- ✓ Για υποτροπή στο αιδοίο με βάθος διήθησης >1mm και ιστορικό αφαίρεσης μόνο του φρουρού λεμφαδένα συστήνεται μηροβουβωνική λεμφαδεκτομή.
- ✓ Οι ενδείξεις για μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία είναι ίδιες με αυτές της αρχικής θεραπείας της νόσου.

Θεραπεία υποτροπής στη βουβωνική χώρα

- ✓ Προτείνεται επανασταδιοποίηση με αξονική τομογραφία θώρακος-κοιλίας-πυέλου ή PET-CT.
- ✓ Προτείνεται η ριζική αφαίρεση της νόσου όπου είναι δυνατόν ακολουθούμενη από μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία σε ακτινοευσταθούς όγκους.
- ✓ Με βάση στοιχεία από άλλους καρκίνους εκ πλακωδών κυττάρων, όπως του τραχήλου μήτρας και του πρωκτού, η προσθήκη ταυτόχρονης, ακτινοευσταθούς χημειοθεραπείας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν.
- ✓ Οριστική χημειο-ακτινοθεραπεία (με κλιμακωτή δόσης ακτινοβολίας) είναι η θεραπεία εκλογής ασθενών με μη εξαιρεσίμη νόσο.

Θεραπεία απομακρυσμένων μεταστάσεων

- ✓ Θα πρέπει να τίθεται στα υπόψιν συστηματική (παρηγορητική) θεραπεία.

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

- ✓ Το ιδανικό πρόγραμμα παρακολούθησης του καρκίνου του αιδοίου δεν είναι καθορισμένο.
- ✓ Μετά την πρωτογενή θεραπεία προτείνεται το παρακάτω πρόγραμμα παρακολούθησης:
 - Πρώτος έλεγχος 6-8 εβδομάδες από την επέμβαση
 - Τα πρώτα δύο χρόνια κάθε 3-4 μήνες
 - Δις ετησίως τον 3ο και 4ο χρόνο
 - Εν συνεχεία μακροχρόνια παρακολούθηση
- ✓ Μετά την αρχική (χημειο)ακτινοθεραπεία η παρακολούθηση θα πρέπει να είναι η κάτωθι:
 - Η πρώτη επίσκεψη θα πρέπει να γίνει 10-12 εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας
 - Τα πρώτα δυο χρόνια κάθε 3-4 μήνες
 - Δις ετησίως τον 3ο και 4ο χρόνο
 - Εν συνεχεία μακροχρόνια παρακολούθηση

Στην πρώτη επίσκεψη 10-12 εβδομάδες μετά το τέλος της (χημειο)ακτινοθεραπείας προτείνεται η διενέργεια αξονικής τομογραφίας ή PET CT για επιβεβαίωση πλήρους μείωσης της νόσου.

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