



Ε Μ Γ Ε

Ελληνική Μαιευτική και
Γυναικολογική Εταιρεία

Κατευθυντήρια Οδηγία
No 38
Σεπτέμβριος 2020

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΑΙΔΟΙΟΥ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΩΝΤΑΙ

- Τι περιλαμβάνει η κλινική εξέταση σε ασθενείς με υποψία καρκίνου αιδοίου;
- Ποιος είναι ο ενδεδειγμένος απεικονιστικός έλεγχος και πώς γίνεται η εκτίμηση της κατάστασης των λεμφαδένων σε ασθενείς με καρκίνο αιδοίου;
- Ποια η σύσταση σχετικά με τη διενέργεια φρουρού λεμφαδένα;
- Πότε απαιτείται σύστοιχη και πότε αμφοτερόπλευρη μηροβουβωνική λεμφαδενεκτομή;
- Είναι απαραίτητη η μηροβουβωνική λεμφαδενεκτομή αν δεν ανευρεθεί ο φρουρός λεμφαδένας;
- Ποια η διαχείριση όγκων που εντοπίζονται στη μέση γραμμή;
- Ποια η διαχείριση της υποτροπής στο αιδοίο;
- Είναι η χημειο-ακτινοθεραπεία η θεραπεία εκλογής σε ασθενείς με υποτροπή στη βουβωνική χώρα;

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

I. Εισαγωγή.....	2
II. Προεγχειρητικός έλεγχος	3
III. Σταδιοποίηση.....	3
IV. Χειρουργική προσέγγιση	3
V. Διαδικασία φρουρού λεμφαδένα.....	4
VI. Ακτινοθεραπεία.....	5
VII. Χημειο-Ακτινοθεραπεία.....	5
VIII. Συστηματική θεραπεία	5
IX. Θεραπεία υποτροπών.....	5
X. Παρακολούθηση.....	6
XI. Σύνοψη	6
XII. Τι αλλάζει από την προηγούμενη κατευθυντήρια οδηγία της EMGE	7

I. Εισαγωγή

Τα παρακάτω αποτελούν τις επίσημες κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Γυναικολογικής Ογκολογίας (European Society of Gynaecological Oncology-ESGO). Η ESGO διαμόρφωσε τις παρακάτω οδηγίες μέσω διεθνών ομάδων ανάπτυξης για τον καρκίνο του αιδοίου, καθώς και 181 διεθνών εξωτερικών κριτών (ο κατάλογος διατίθεται στην ιστοσελίδα της). Η ESGO επίσης εξέφρασε την ειλικρινή ευγνωμοσύνη της προς το Γαλλικό Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου για την παροχή της κύριας χρηματοδότησης αυτής της εργασίας.

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 νόσου αιδοίου, υποτροπή στη βουβωνική χώρα, 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 τη φροντίδα και τη θεραπεία κάθε ασθενούς.

Για να διασφαλιστεί ότι οι αναφορές που γίνονται σε αυτό το έγγραφο είναι τεκμηριωμένες, αναθεωρήθηκε και εκτιμήθηκε η τρέχουσα βιβλιογραφία. Πραγματοποιήθηκε αναλυτική βιβλιογραφική ανασκόπηση των μελετών που δημοσιεύτηκαν μεταξύ Ιανουαρίου 1980 και Σεπτεμβρίου 2015.

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

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-** Επίπεδο απόδειξης 3 ή 4 ή επεξήγηση στοιχείων από μελέτες με βαθμολογία 2+
- V-** 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 οργανωμένες 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

II. Προεγχειρητικός έλεγχος

- Πώς τίθεται η διάγνωση σε ασθενείς με υποψία καρκίνου αιδοίου;
- Τι περιλαμβάνει η κλινική εξέταση σε ασθενείς με υποψία καρκίνου αιδοίου;
- Ποιος είναι ο ενδεδειγμένος απεικονιστικός έλεγχος και πώς γίνεται η εκτίμηση της κατάστασης των λεμφαδένων σε ασθενείς με καρκίνο αιδοίου;

- V** Σε κάθε ασθενή με υποψία καρκίνου αιδοίου η διάγνωση θα πρέπει να τίθεται με βιοψία. Θα πρέπει να αποφεύγεται η πλήρης εκτομή της βλάβης προεγχειρητικά γιατί μπορεί να αποτελέσει προβλήματα στον περαιτέρω θεραπευτικό σχεδιασμό.
- V** Σε ασθενείς με πολλαπλές βλάβες, θα πρέπει να παρθούν βιοψίες από όλες τις βλάβες ξεχωριστά, με πλήρη χαρτογράφηση τους.

- V** Όλες οι ασθενείς με καρκίνο αιδοίου θα πρέπει να απευθύνονται σε Γυναικολογικό Ογκολογικό Κέντρο και να αντιμετωπίζονται από ομάδα γυναικολόγων ογκολόγων.
- V** 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
- V** Απαιτείται εκτίμηση του τραχήλου, του κόλπου και του πρωκτού
- C** Πριν από τη λήψη βιοψίας από τους λεμφαδένες, απαιτείται κλινική εξέταση και απεικόνιση της βουβωνικής περιοχής (είτε με υπερηχογράφημα, είτε με PET-CT, είτε με μαγνητική τομογραφία (MRI)) με στόχο τον καθορισμό της πιθανής ύπαρξης λεμφαδενικών μεταστάσεων.
- V** 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.
- V** Περαιτέρω έλεγχος με CT θώρακα, κοιλίας και πυέλου συνιστάται όταν υπάρχει κλινική υποψία ή αποδεδειγμένη (λεμφαδενική) μεταστατική νόσος και/ή προχωρημένο στάδιο νόσου.
- V** Το πόρισμα της προεγχειρητικής βιοψίας πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον τον ιστολογικό τύπο της βλάβης και το βάθος διήθησης.

III. Σταδιοποίηση

- V** Ο καρκίνος του αιδοίου θα πρέπει να σταδιοποιείται σύμφωνα με τα συστήματα ταξινόμησης κατά FIGO ή TNM

IV. Χειρουργική προσέγγιση

- Πότε απαιτείται αιδοιοεκτομή σε νόσο της βουβωνικής περιοχής και ποιος είναι ο στόχος της εκτομής;
- Ποια η σύσταση σχετικά τη διενέργεια φρουρού λεμφαδένα;
- Πότε απαιτείται σύστοιχη και πότε αμφοτερόπλευρη μηροβουβωνική λεμφαδενεκτομή;

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΑΙΔΟΙΟΥ

- C** Απαιτείται τοπική ριζική εκτομή.
- V** Εκτός από την τοπική ριζική εκτομή, απαιτείται επιπλέον εκτομή της διαφοροποιημένης ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του αιδοίου (d-VIN).
- V** 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.
- V** Όταν η διήθηση επεκτείνεται στα χειρουργικά όρια εκτομής του όγκου, η επανεγχείριση είναι η θεραπεία επιλογής.
- V** Ο καλύτερος δυνατός χειρισμός της βουβωνικής περιοχής (πλήρης μηροβουβωνική λεμφαδενεκτομή ή μεμονωμένη αφαίρεση λεμφαδένων) όταν αποδεδειγμένα υπάρχουν διηθημένοι λεμφαδένες είναι υπό διερεύνηση.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΒΟΥΒΩΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ

- C** Σε νόσο σταδίου > pT1a συστήνεται θεραπεία βουβωνικής περιοχής.
- B** Για μεμονωμένους όγκους < 4cm χωρίς υποπτους λεμφαδένες στην κλινική εξέταση και στην απεικόνιση (όποια και αν είναι αυτή) συνιστάται η διενέργεια φρουρού λεμφαδένα (sentinel node-SLN).
- C** Για όγκους ≥ 4 cm και/ή σε περίπτωση πολυεστιακής διηθητικής νόσου, συνιστάται αμφοτερόπλευρη μηροβουβωνική λεμφαδενεκτομή τριών τομών. Σε όγκους οι οποίοι απέχουν > 1 cm από τη μέση γραμμή συνιστάται η σύστοιχη μηροβουβωνική λεμφαδενεκτομή. Ετερόπλευρη μηροβουβωνική λεμφαδενεκτομή συστήνεται όταν εμφανίζουν μεταστατική νόσο οι σύστοιχοι λεμφαδένες.
- D** Στις περιπτώσεις που κρίνεται απαραίτητη η λεμφαδενεκτομή θα πρέπει να αφαιρούνται και οι επιφανειακοί και οι εν τω βάθει μηριαίοι λεμφαδένες.
- C** Προτείνεται η διατήρηση της σαφηνούς φλέβας.
- V** Οι ασθενείς με προχωρημένο στάδιο νόσου θα πρέπει να αξιολογούνται σε εξειδικευμένα κέντρα για τον προσδιορισμό της καλύτερης δυνατής επιλογής και της σειράς των θεραπευτικών μεθόδων.

- V** Όταν διαπιστώνονται διογκωμένοι πυελικοί λεμφαδένες (> 2cm) θα πρέπει να αφαιρούνται.

ΕΠΑΝΟΡΘΩΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

- V** Στα πλαίσια της πολυεπιστημονικής ομάδας θα πρέπει εξασφαλίζεται η ύπαρξη ομάδας με εμπειρία στην χειρουργική αποκατάσταση της περιοχής, τόσο σε περιπτώσεις που εμφανίζουν πρώιμα όσο και σε αυτές με όψιμα στάδια της νόσου.

V. Διαδικασία φρουρού λεμφαδένα

- Είναι απαραίτητη η μηροβουβωνική λεμφαδενεκτομή αν δεν ανευρεθεί ο φρουρός λεμφαδένας;
- Ποια η διαχείριση όγκων που εντοπίζονται στη μέση γραμμή;

- B** Η διαδικασία του φρουρού λεμφαδένα επιβάλλεται σε όλες τις ασθενείς με μεμονωμένη νόσο < 4cm και χωρίς υποψία διηθημένων μηροβουβωνικών λεμφαδένων.
- B** Η χρήση ραδιενεργού ιχνηθέτη είναι απαραίτητη.
- C** Προτείνεται η χαρτογράφηση των λεμφαδένων για να προσδιοριστούν η θέση και ο αριθμός των φρουρών λεμφαδένων.
- C** Η διεγχειρητική αξιολόγηση (ταχεία βιοψία) του φρουρού λεμφαδένα μπορεί να πραγματοποιηθεί στα πλαίσια προσπάθειας αποφυγής της επανεπέμβασης. Η περίπτωση ανεύρεσης μικρομεταστάσεων στο τελική ιστολογική εξέταση δεν μπορεί να αποκλεισθεί, περίπτωση κατά την οποία η επανεπέμβαση με συστηματικό βουβωνικό λεμφαδενικό καθαρισμό κρίνεται απαραίτητη.
- V** Στις περιπτώσεις αποτυχίας ανίχνευσης φρουρού λεμφαδένα πρέπει να πραγματοποιείται μηροβουβωνική λεμφαδενεκτομή.
- C** Σε περίπτωση που εντοπίζεται μεταστατική νόσος στον φρουρό λεμφαδένα (οποιοδήποτε μέγεθος) πρέπει να πραγματοποιείται μηροβουβωνική λεμφαδενεκτομή.
- V** Για όγκους που εντοπίζονται στη μέση γραμμή είναι υποχρεωτική η ανίχνευση φρουρών λεμφαδένων σε αμφοτερές τις βουβωνικές περιοχές. Στις περιπτώσεις που αναγνωρίζεται ετερόπλευρη ανίχνευση του φρουρού λεμφαδένα, θα πρέπει να πραγματοποιείται μηροβουβωνική

λεμφαδενεκτομή στην πλευρά στην οποία δεν ανιχνεύθηκε λεμφαδένας.

- C** Η παθολογοανατομική εκτίμηση των θετικών φρουρών λεμφαδένων θα πρέπει να πραγματοποιείται με συνεχείς τομές τουλάχιστον σε κάθε 200μm του παρασκευάσματος. Αν τα τμήματα είναι ελεύθερα νόσου, η παθολογοανατομική εκτίμηση θα πρέπει να συνοδεύεται και από ανοσοϊστοχημεία.

VI. Ακτινοθεραπεία

➤ *Πότε είναι η κατάλληλη στιγμή για την έναρξη της ακτινοθεραπείας και σε ποιες περιπτώσεις συνιστάται;*

- ✓ Η επικουρική ακτινοθεραπεία θα πρέπει να ξεκινά το συντομότερο δυνατόν, κατά προτίμηση εντός διαστήματος 6 εβδομάδων από τη χειρουργική επέμβαση.
- ✓ Όταν η νόσος επεκτείνεται μέχρι τα χειρουργικά όρια ή τα ξεπερνά και εφόσον δεν είναι δυνατή η επανεπέμβαση, η ασθενής θα πρέπει να υποβάλλεται σε μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.
- ✓ Σε περίπτωση που υπάρχουν ελεύθερα χειρουργικά όρια αλλά η νόσος είναι κοντά σε αυτά, η πιθανότητα επιτέλεσης ακτινοθεραπείας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν. Στην περίπτωση αυτή στόχος είναι η πρόληψη των τοπικών υποτροπών. Δεν υπάρχει ομοφωνία απόψεων για το ποια θα πρέπει να είναι η απόσταση από το χειρουργικό όριο κάτω από την οποία θα πρέπει να συστήνεται ακτινοθεραπεία.
- B** Σε περιπτώσεις ανεύρεσης > 1 μεταστατικού λεμφαδένα στη βουβωνική χώρα και/ή παρουσία εξωκαψικής επέκτασης της νόσου συστήνεται η επικουρική ακτινοθεραπεία.
- ✓ Η επικουρική ακτινοθεραπεία, σε περίπτωση διήθησης των βουβωνικών λεμφαδένων, θα πρέπει να περιλαμβάνει όλη την ομόπλευρη βουβωνική περιοχή. Στις περιπτώσεις που οι πυελικοί λεμφαδένες δεν φαίνονται ύποπτοι στον απεικονιστικό έλεγχο, θα πρέπει να ακτινοβολείται το απώτερο τμήμα των λαγονίων λεμφαδένων με ανώτερο όριο τον διχασμό της κοινής λαγονίου αρτηρίας.

- C** Με βάση τα στοιχεία που προκύπτουν από άλλους καρκίνους εκ πλακωδών κυττάρων, όπως του τραχήλου μήτρας και του πρωκτού, η προσθήκη “ακτινοευαίσθητης” χημειοθεραπείας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν κατά την επικουρική ακτινοθεραπεία.

VII. Χημειο-ακτινοθεραπεία

➤ *Ποια η θεραπεία ασθενών με μη εξαιρέσιμη νόσο καρκίνου αιδοίου;*

- C** Η οριστική χημειο-ακτινοθεραπεία (με κλιμακωτή δόσης ακτινοβολίας) αποτελεί τη θεραπεία εκλογής στις περιπτώσεις ασθενών με μη εξαιρέσιμη νόσο.
- C** Σε ασθενείς με προχωρημένο στάδιο νόσου, θα πρέπει να εξετασθεί το ενδεχόμενο νέο-επικουρικής συνδυασμένης χημειο-ακτινοθεραπείας προκειμένου να αποφευχθεί η εξεντέρωση.
- C** Συστήνεται η “ακτινοευαίσθητη” χημειοθεραπεία, κατά προτίμηση με εβδομαδιαία χορήγηση σισπλατίνης.

VIII. Συστηματική θεραπεία

- D** Τα υπάρχοντα δεδομένα για τον καρκίνο του αιδοίου είναι ανεπαρκή για να προτείνουν κάποιο συγκεκριμένο σχήμα παρηγορητικής θεραπείας.

IX. Θεραπεία υποτροπών

➤ *Ποια η διαχείριση της υποτροπής στο αιδοίο;*
 ➤ *Είναι η χημειο-ακτινοθεραπεία η θεραπεία εκλογής σε ασθενείς με υποτροπή στη βουβωνική χώρα;*

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΣΤΟ ΑΙΔΟΙΟ (τοπικής)

- ✓ Συστήνεται τοπική ριζική εκτομή της υποτροπής.
- ✓ Σε περιπτώσεις υποτροπής στο αιδοίο με βάθος διήθησης > 1mm και ιστορικό αφαίρεσης μόνο του φρουρού λεμφαδένα, συστήνεται μη-ροβουβωνική λεμφαδενεκτομή.

- ✓ Οι ενδείξεις επιτέλεσης επικουρικής ακτινοθεραπείας είναι ίδιες με αυτές που εφαρμόζονται σε περιπτώσεις πρωτοεμφανιζόμενης νόσου.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΒΟΥΒΩΝΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ

- ✓ Προτείνεται επανασταδιοποίηση με αξονική τομογραφία θώρακος-κοιλίας-πυέλου ή PET-CT.
- ✓ Προτείνεται η ριζική αφαίρεση της νόσου, όταν αυτό είναι εφικτό, ακολουθούμενη από μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία σε ακτινοευαίσθητους όγκους.
- ✓ Λαμβάνοντας υπόψη στοιχεία από άλλους καρκίνους εκ πλακωδών κυττάρων, όπως του τραχήλου μήτρας και του πρωκτού, η προσθήκη σύγχρονης χημειοθεραπείας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν.
- ✓ Η οριστική χημειο-ακτινοθεραπεία (με κλιμακωτή δόσης ακτινοβολίας) αποτελεί τη θεραπεία εκλογής σε ασθενείς με μη εξαιρέσιμη νόσο.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΩΝ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

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

Χ. Παρακολούθηση

➤ *Ποιο είναι το ενδεδειγμένο πρόγραμμα παρακολούθησης ασθενών με καρκίνο του αιδοίου;*

- ✓ Το ιδανικό πρόγραμμα παρακολούθησης ασθενών με καρκίνο του αιδοίου δεν είναι καθορισμένο.
- ✓ Μετά την πρωτογενή χειρουργική 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 3^ο και 4^ο 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 δύο χρόνια κάθε 3-4 μήνες
- Δις ετησίως τον 3^ο και 4^ο 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 της πλήρους μείωσης της νόσου.

ΧΙ. Σύνοψη

- Σε ασθενείς με υποψία καρκίνου αιδοίου η διάγνωση τίθεται μόνο ιστολογικά και η κλινική εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνει πέραν από την πλήρη καταγραφή της βλάβης και επισκόπηση κόλπου, τραχήλου και ουρήθρας.
- Η αξιολόγηση των λεμφαδένων της βουβωνικής περιοχής πραγματοποιείται με υπερηχογράφημα ή με PET-CT ή με MRI. Οι ύποπτοι λεμφαδένες θα πρέπει να ελέγχονται με αναρρόφηση λεπτής βελόνας (FNA) ή βιοψία (core biopsy). Ο έλεγχος πρέπει να συμπληρώνεται με CT θώρακα/κοιλίας και πυέλου όταν υπάρχει κλινική υποψία ή αποδεδειγμένη (λεμφαδενική) μεταστατική νόσος και/ή προχωρημένο στάδιο νόσου.
- Η επέμβαση εξαίρεσης του φρουρού λεμφαδένα επιβάλλεται σε όλες τις ασθενείς με μεμονωμένη νόσο < 4cm και χωρίς υποψία διηθημένων μηροβουβωνικών λεμφαδένων.
- Για όγκους ≥ 4 cm και/ή σε περίπτωση πολυεστιακής διηθητικής νόσου, συνιστάται αμφοτερόπλευρη μηροβουβωνική λεμφαδενεκτομή. Σε πλάγιους όγκους (μ.ο. ορίων > 1 cm από τη μέση γραμμή) συνιστάται η σύστοιχη μηροβουβωνική λεμφαδενεκτομή. Ετερόπλευρη μηροβουβωνική λεμφαδενεκτομή συστήνεται όταν εμφανίζουν μεταστατική νόσο οι σύστοιχοι λεμφαδένες.
- Στις περιπτώσεις στις οποίες δεν ανιχνεύεται ο φρουρός λεμφαδένας (αποτυχία μεθόδου) πρέπει να πραγματοποιείται μηροβουβωνική λεμφαδενεκτομή.
- Για όγκους που εντοπίζονται στη μέση γραμμή είναι υποχρεωτική η ανίχνευση φρουρών λεμφαδένων σε αμφοτέρες τις βουβωνικές περιοχές. Στις περιπτώσεις που αναγνωρίζεται ετερόπλευρη

ανίχνευση του φρουρού λεμφαδένα, θα πρέπει να πραγματοποιείται μηροβουβωνική λεμφαδενεκτομή στην πλευρά στην οποία δεν ανιχνεύθηκε λεμφαδένας.

- Σε περιπτώσεις υποτροπής στο αιδοίο συστήνεται η τοπική ριζική εκτομή της υποτροπής.
- Για υποτροπή στο αιδοίο με βάθος διήθησης > 1mm και ιστορικό αφαίρεσης μόνο του φρουρού λεμφαδένα, συστήνεται η διενέργεια μηροβουβωνικής λεμφαδενεκτομής. Οι ενδείξεις της επικουρικής ακτινοθεραπείας είναι ίδιες με αυτές που εφαρμόζονται σε περιπτώσεις πρωτοεμφανιζόμενης νόσου.
- Σε υποτροπή στη βουβωνική χώρα προτείνεται επανασταδιοποίηση με αξονική τομογραφία θώρακος-κοιλίας-πυέλου ή PET-CT και ριζική αφαίρεση της νόσου, όταν αυτό είναι εφικτό, ακολουθούμενη από επικουρική ακτινοθεραπεία στην περίπτωση ακτινοευαίσθητων όγκων ενώ θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η ταυτόχρονη επικουρική χημειοθεραπεία.
- Η οριστική συνδυασμένη χημειο-ακτινοθεραπεία αποτελεί τη θεραπεία εκλογής ασθενών με μη εξαιρεσιμη νόσο.

ΧΙΙ. Τι αλλάζει από την προηγούμενη κατευθυντήρια οδηγία της ΕΜΓΕ

- Δεν υπάρχει προηγούμενη κατευθυντήρια οδηγία της ΕΜΓΕ.

Ομάδα απόδοσης στην ελληνική γλώσσα

Γεώργιος Παναγάκης

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Αθήνα

Ιωάννης Καλογιαννίδης

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Θεσσαλονίκη

Χαϊδόπουλος Δημήτριος

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Αθήνα

Ροδολάκης Αλέξανδρος

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Αθήνα

Ομάδα συντονισμού

Απόστολος Αθανασιάδης

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Θεσσαλονίκη

Θεμιστοκλής Δαγκλής

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Θεσσαλονίκη

Παναγιώτης Μπεναρδής

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Αθήνα

Βασίλειος Περγιαλιώτης

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Αθήνα

Οι κατευθυντήριες οδηγίες που αναρτώνται στην επίσημη ιστοσελίδα της Ελληνικής Μαιευτικής και Γυναικολογικής Εταιρείας, βασίζονται σε αντίστοιχες οδηγίες/κείμενα Μαιευτικών και Γυναικολογικών Εταιρειών του εξωτερικού προσαρμοσμένες στην Ελληνική πραγματικότητα και για τη σύνταξή τους χρησιμοποιούνται έγκυρες βιβλιογραφικές αναφορές.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν μπορούν να εφαρμοστούν σε όλες ανεξαιρέτως τις περιπτώσεις και δεν έχουν σκοπό να υποκαταστήσουν την κλινική κρίση του θεράποντος γιατρού. Η περίπτωση κάθε ασθενούς είναι ξεχωριστή και ο γιατρός οφείλει να προσαρμόσει την επιστημονική γνώση στις ιδιαιτερότητες του συγκεκριμένου περιστατικού.

Η παρούσα κατευθυντήρια οδηγία συντάχθηκε από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Γυναικολογικής Ογκολογίας (European Society of Gynaecological Oncology-ESGO).