



# Ε Μ Γ Ε

Ελληνική Μαιευτική και  
Γυναικολογική Εταιρεία

Κατευθυντήρια Οδηγία  
No 40  
Οκτώβριος 2020

## ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΩΟΘΗΚΩΝ

### ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΩΝΤΑΙ

- Ποιος είναι ο πρωταρχικός έλεγχος ρουτίνας σε γυναίκες με εξαρτηματικές μάζες;
- Έχει θέση ο έλεγχος με καρκινικούς δείκτες σε γυναίκες με εξαρτηματικούς όγκους;
- Πού και από ποιον θα πρέπει να γίνεται η εκτίμηση ασθενών με ύποπτες εξαρτηματικές μάζες;
- Σε ποιες περιπτώσεις γυναικών με καρκίνο ωοθηκών έχει θέση η λαπαροσκόπηση;
- Ποια είναι η ενδεδειγμένη θεραπεία σε γυναίκες με καρκίνο ωοθηκών σταδίου I-II που θέλουν να διατηρήσουν τη γονιμότητά τους;
- Ποια είναι η αντιμετώπιση των γυναικών στις οποίες μια θεωρούμενη καλοήθης μάζα αποδεικνύεται κακοήθης;
- Ποια είναι η διαχείριση των λεμφαδένων σε καρκίνο ωοθηκών σταδίου I-II;
- Ποια είναι η διαχείριση ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών προχωρημένου σταδίου;
- Ποια στοιχεία θα πρέπει να περιέχει το πρακτικό χειρουργείου και ποια ο φάκελος ασθενούς με καρκίνο ωοθηκών, ανεξαρτήτως σταδίου;

### ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

I. Εισαγωγή.....	2
II. Διάγνωση και προεγχειρητικός έλεγχος.....	3
III. Εξειδικευμένη διεπιστημονική λήψη αποφάσεων.....	3
IV. Χειρουργική αντιμετώπιση καρκίνου ωοθηκών σταδίου I-II .....	3
V. Χειρουργική αντιμετώπιση καρκίνου ωοθηκών σταδίου III-IV.....	4
VI. Ελάχιστες απαιτούμενες πληροφορίες.....	5
VII. Σύνοψη.....	5
VIII. Τι αλλάζει από την προηγούμενη κατευθυντήρια οδηγία της ΕΜΓΕ .....	6

## I. Εισαγωγή

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

Οι στόχοι των κατευθυντήριων γραμμών είναι να βελτιώσουν και να ομογενοποιήσουν τη διαχείριση ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών. Οι κατευθυντήριες οδηγίες καλύπτουν τη διάγνωση, τον προεγχειρητικό έλεγχο, την εξειδικευμένη διεπιστημονική λήψη αποφάσεων και τη χειρουργική αντιμετώπιση για ασθενείς ηλικίας άνω των 18 ετών με επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών και παρέχει πληροφορίες για συζήτηση με τους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας.

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

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

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

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 τυχαίοποιημένη 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 τυχαίοποιημένων 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. Διάγνωση και προεγχειρητικός έλεγχος

- Ποιος είναι ο πρωταρχικός έλεγχος ρουτίνας σε γυναίκες με εξαρτηματικές μάζες;
- Έχει θέση ο έλεγχος με καρκινικούς δείκτες σε γυναίκες με εξαρτηματικούς όγκους;

**V** Συνιστάται κλινική εξέταση συμπεριλαμβανομένης της κοιλιακής χώρας, του κόλπου και του ορθού. Επίσης, θα πρέπει να γίνεται εκτίμηση των μαστών, της βουβωνικής, της μασχαλιαίας χώρας και της υπερκλειδιάς χώρας καθώς και ακρόαση πνευμόνων.

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

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

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

## III. Εξειδικευμένη διεπιστημονική λήψη αποφάσεων

- Πού και από ποιον θα πρέπει να γίνεται η εκτίμηση ασθενών με ύποπτες εξαρτηματικές μάζες;

**C** Ασθενείς χωρίς επείγουσα κλινική εικόνα, οι οποίες φέρουν ύποπτη για κακοήθεια εξαρτηματική/περιτοναϊκή μάζα, θα πρέπει να απευθύνονται σε ειδικό στη γυναικολογική ογκολογία.

**V** Θα πρέπει να αποφεύγεται η χειρουργική επέμβαση σε μη εξειδικευμένα κέντρα.

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

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

## IV. Χειρουργική αντιμετώπιση καρκίνου ωοθηκών σταδίου I-II

- Σε ποιες περιπτώσεις γυναικών με καρκίνο ωοθηκών έχει θέση η λαπαροσκόπηση;
- Ποια είναι η ενδεδειγμένη θεραπεία σε γυναίκες με καρκίνο ωοθηκών σταδίου I-II που θέλουν να διατηρήσουν τη γονιμότητά τους;
- Ποια είναι η αντιμετώπιση των γυναικών στις οποίες μια θεωρούμενη καλοήθης μάζα αποδεικνύεται κακοήθης;
- Ποια είναι η διαχείριση των λεμφαδένων σε καρκίνο ωοθηκών σταδίου I-II;

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

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

**B** Η διαθεσιμότητα ταχείας βιοψίας επιτρέπει την πραγματοποίηση της ανάλογης χειρουργικής

επέμβασης σε πρώτο χρόνο. Είναι κατανοητό ότι η ταχεία βιοψία δεν είναι αδιαμφισβήτητη και η οριστική βιοψία είναι απαραίτητη για την τελική διάγνωση.

- ✓ Όταν η ταχεία βιοψία δεν είναι διαθέσιμη ή όταν δεν είναι διαφωτιστική προτιμάται η επέμβαση σε δύο χρόνους.
- ✓ Η ολική υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων και η αμφοτερόπλευρη σαλπινγγοθηκτομή είναι δεδομένη.
- ✓ Σε επιλεγμένες προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς οι οποίες επιθυμούν διατήρηση της γονιμότητας τους, μπορεί να πραγματοποιηθεί ετερόπλευρη εξαρτηματεκτομή<sup>3</sup>.
- ✓ Είναι αποδεκτή η λαπαροσκοπική επανασταδιοποίηση αν πραγματοποιηθεί από γυναικολόγο ογκολόγο ικανό να πραγματοποιήσει ολοκληρωμένη επέμβαση.
- ✓ Προτείνεται οπτικός έλεγχος όλης της περιτοναϊκής κοιλότητας.
- ✓ Συστήνεται λήψη ελεύθερου περιτοναϊκού υγρού και εκπλυμάτων πριν από τους χειρουργικούς χειρισμούς.
- ✓ Όταν δεν ανευρίσκονται ύποπτες εμφυτεύσεις στην πύελο, τις παρακολικές αύλακες και υποδιαφραγματικά, συστήνεται η λήψη τυφλών βιοψιών από το περιτόναιο.
- ✓ Συστήνεται το λιγότερο υποκοιλιακή επιπλεκτομή.
- ✓ Συστήνεται αμφοτερόπλευρη πυελική και παραορτική λεμφαδενεκτομή μέχρι το ύψος της αριστερής νεφρικής φλέβας (με εξαίρεση το στάδιο 1 του βλεννώδους αδενοκαρκινώματος).
- ✓ Σε περιπτώσεις όπου μια θεωρητικά καλοήθης κατάσταση αποδεικνύεται κακοήθης και δεν έχει γίνει σωστή σταδιοποίηση επιβάλλεται και νέα χειρουργική επέμβαση.
- ✓ Δεν απαιτείται επανεπέμβαση για σκωληκοειδεκτομή (αν δεν αφαιρέθηκε στο χειρουργείο), ακόμα και σε περιπτώσεις βλεννώδους καρκινώματος, αν η σκωληκοειδής απόφυση ήταν φυσιολογική.

Η συζήτηση για διατήρηση της γονιμότητας θα πρέπει να καταγράφεται στον φάκελο της ασθενούς. Η τελική απόφαση λαμβάνεται μετά από σωστή σταδιοποίηση και βάσει του σταδίου της νόσου και του βαθμού διαφοροποίησης. Είναι αποδεκτή σε περιπτώσεις σταδίων ΙΑ ή ΙC1, σε υψηλής διαφοροποίησης ορώδη ή βλεννώδη καρκινώματα, ή σε διηθητικούς βλεννώδεις όγκους. Άλλες

υποκατηγορίες σταδίου 1 θα πρέπει να εξατομικεύονται. Προτείνεται η διατήρηση της μήτρας και του ετερόπλευρου εξαρτήματος σε νέες ασθενείς με σταδίου ΙΒ χαμηλού κινδύνου διηθητικό καρκίνωμα και αρνητικές βιοψίες ενδομητρίου, ωστόσο, δεν είναι η ενδεδειγμένη διαδικασία και δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία από μελέτες για να το στηρίξουν.

## V. Χειρουργική αντιμετώπιση καρκίνου ωθηκών σταδίου III-IV

➤ Ποια είναι τα κριτήρια για ατελή κυτταρομείωση σε γυναίκες με καρκίνο ωθηκών σταδίου III-IV;

- ✓ Απαιτείται μέση λαπαροτομία για τη διαχείριση του καρκίνου ωθηκών σταδίου III-IV.
- ✓ Απαιτείται πλήρης κυτταρομείωση. Αποθαρρύνεται η μη-πλήρης χειρουργική επέμβαση

### ✓ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΑΤΕΛΗ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΙΩΣΗ:

- Διάχυτη βαθιά διήθηση της ρίζας του μεσεντερίου του λεπτού εντέρου.
- Διάχυτη καρκινωμάτωση του λεπτού εντέρου που η εξαίρεσή της θα οδηγήσει σε σύνδρομο βραχέος εντέρου (παραμένον λεπτό έντερο <1,5m).
- Διάχυτη συμμετοχή / βαθιά διήθηση στομάχου / δωδεκαδακτύλου (περιορισμένη αφαίρεση είναι δυνατή) και της κεφαλής ή του σώματος του παγκρέατος (η ουρά του παγκρέατος μπορεί να εξαιρεθεί).
- Συμμετοχή της κοιλιακής αρτηρίας, των ηπατικών και της αριστερής γαστρικής (οι κοιλιακοί λεμφαδένες μπορούν να εξαιρεθούν).
- ✓ Η μεταστατική νόσος (στάδιο IVB) μπορεί να είναι εξαιρεσίμη. Οι κεντρικές ή διάσπαρτες παρεγχυματικές ηπατικές μεταστάσεις, οι πολλαπλές παρεγχυματικές πνευμονικές μεταστάσεις (ιστολογικά επιβεβαιωμένες κατά προτίμηση), και οι εγκεφαλικές μεταστάσεις δεν εξαιρούνται.
- ✓ Α Προτείνεται πρωτογενές χειρουργείο σε ασθενείς όπου μπορεί να επιτευχθεί πλήρης κυτταρομείωση χωρίς να παραμείνει υπολειπόμενη νόσος με ανεκτό κίνδυνο επιπλοκών.
- ✓ Το πρωτογενές χειρουργείο υπερτερεί του κινδύνου επιπλοκών όταν:
  - Δεν υπάρχει μη-εξαιρεσίμη νόσος.



- Θα επιτευχθεί πλήρης κυτταρομείωση χωρίς να παραμείνει υπολειπόμενη νόσος, με λογικό ποσοστό νοσηρότητας, αφού ληφθεί υπόψιν και η κατάσταση της ασθενούς. Οι αποφάσεις θα πρέπει να εξατομικεύονται και να βασίζονται σε συγκεκριμένες παραμέτρους (βλ. παραδείγματα).
- Η ασθενής αποδέχεται τη χρήση υποστηρικτικών μέτρων όπως η μετάγγιση αίματος ή τις στομιές.

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

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

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

#### Παραδείγματα εξαιρέσιμης νόσου εκτός κοιλίας:

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

#### Παραδείγματα εξαιρέσιμης ενδοκοιλιακής νόσου:

- Σπληνικές μεταστάσεις
- Καψικές ηπατικές μεταστάσεις
- Μεμονωμένη βαθιά ηπατική μετάσταση ανολόγως της εντόπισης

## VI. Ελάχιστες απαιτούμενες πληροφορίες

➤ Ποια στοιχεία θα πρέπει να περιέχει το πρακτικό χειρουργείου και ποια ο φάκελος ασθενούς με καρκίνο ωοθηκών, ανεξαρτήτως σταδίου;

✓ Στο πρακτικό της επέμβασης θα πρέπει να παρέχονται όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για το μέγεθος, την εντόπιση, την επέκταση και την υπολειπόμενη νόσο.

✓ Το μέγεθος και η εντόπιση της νόσου θα πρέπει να περιγράφονται αναλυτικά στην αρχή του πρακτικού.

✓ Θα πρέπει να γίνεται εκτίμηση και περιγραφή όλων των χώρων της κοιλίας και της πυέλου.

✓ Θα πρέπει να αναφέρονται όλοι οι χειρουργικοί χρόνοι που πραγματοποιήθηκαν.

✓ Αν παραμείνει υπολειπόμενη νόσος θα πρέπει να περιγράφεται το μέγεθος και η εντόπισή της καθώς και οι λόγοι για τους οποίους δεν αφαιρέθηκε.

✓ Θα πρέπει κατ' ελάχιστο να είναι καταγεγραμμένες οι πληροφορίες που εμπεριέχονται στο πρακτικό χειρουργείου της ESGO.

✓ Στον φάκελο της ασθενούς θα πρέπει να καταγράφονται όλες οι απαραίτητες πληροφορίες (παθολογοανατομικός τύπος, βαθμός διαφοροποίησης, κατάσταση ασθενούς, θρέψη ασθενούς, επίπεδα αλβουμίνης, συνοσηρότητα, γηριατρική εκτίμηση όταν είναι διαθέσιμη, απεικονιστικός έλεγχος και/ή διαγνωστική λαπαροσκόπηση/λαπαροτομία, εντόπιση της νόσου, αριθμός αναστομώνσεων).

✓ Η χειρουργική θνησιμότητα και νοσηρότητα θα πρέπει να υπολογίζονται και να καταγράφονται και επιλεγμένες περιπτώσεις να συζητούνται.

## VII. Σύνοψη

- Σε γυναίκες με εξαρτηματικές μάζες, συνιστάται πλήρης κλινική εξέταση (κοιλιακής χώρας, γυναικολογική εξέταση, δακτυλική). Πρέπει να γίνεται εκτίμηση των μαστών, της βουβωνικής, της μασχαλιαίας και της υπερκλειδιάς χώρας καθώς και ακρόαση πνευμόνων. Απεικονιστικά, θα πρέπει να πραγματοποιείται ως πρωταρχικός έλεγχος ρουτίνας διακολπικό και διακοιλιακό υπερηχογράφημα.
- Η ΕΜΓΕ συστήνει ότι οι ασθενείς χωρίς επείγουσα κλινική εικόνα οι οποίες φέρουν ύποπτη για κακοήθεια εξαρτηματική/περιτοναϊκή μάζα θα πρέπει να απευθύνονται σε ειδικό στη γυναικολογική ογκολογία.
- Σε επιλεγμένες προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς οι οποίες επιθυμούν διατήρηση της γονιμότητάς τους, μπορεί να πραγματοποιηθεί ετερόπλευρη εξαρτηματεκτομή, λήψη ελεύθερου περιτοναϊκού υγρού και εκπλυμάτων πριν από τους χειρουργικούς χειρισμούς, λήψη τυφλών βιοψιών από το περιτόναιο, τουλάχιστον υποκοιλιακή επιπλεκτομή και αμφοτερόπλευρη πυελική και παραορτική λεμφαδενεκτομή μέχρι το ύψος της αριστερής νεφρικής φλέβας.

- Ο καρκίνος ωοθηκών σταδίου I μπορεί να αντιμετωπιστεί και λαπαροσκοπικά, με την προϋπόθεση ότι ο γυναικολόγος ογκολόγος έχει την εμπειρία να πραγματοποιήσει την ενδεδειγμένη σταδιοποίηση. Θα πρέπει κατά τη διάρκεια του χειρουργείου να αποφεύγεται η ρήξη του όγκου ενώ είναι αποδεκτή η λαπαροσκοπική επανασταδιοποίηση αν πραγματοποιηθεί από γυναικολόγο ογκολόγο ικανό να πραγματοποιήσει ολοκληρωμένη επέμβαση.
- Σε περιπτώσεις όπου μια θεωρητικά καλοήθης κατάσταση αποδεικνύεται κακοήθης και δεν έχει γίνει σωστή σταδιοποίηση επιβάλλεται και νέα χειρουργική επέμβαση για σταδιοποίηση.
- Σε στάδιο I-II και όσον αφορά τη διαχείριση των λεμφαδένων συστήνεται αμφοτερόπλευρη πυελική και παραορτική λεμφαδενεκτομή μέχρι το ύψος της αριστερής νεφρική φλέβας (με εξαίρεση το στάδιο I του βλεννώδους αδενοκαρκινώματος).
- Σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο ωοθηκών προτείνεται πρωτογενές χειρουργείο σε ασθενείς όπου μπορεί να επιτευχθεί πλήρης κυτταρομείωση (υπολειπόμενη νόσος = 0), με ανεκτό κίνδυνο επιπλοκών με μέση κάθετη λαπαροτομία.
- Ατελής κυτταρομείωση (υπολειμματική νόσος > 0) γίνεται σε περιπτώσεις βαθιάς διήθησης της ρίζας του μεσεντερίου, σε διάχυτη καρκινώματωση του λεπτού εντέρου, διάχυτη συμμετοχή / βαθιά διήθηση στομάχου / δωδεκαδακτύλου και της κεφαλής ή του σώματος του παγκρέατος, συμμετοχή της κοιλιακής αρτηρίας, των ηπατικών και της αριστερής γαστρικής.
- Ενδιάμεση κυτταρομείωση προτείνεται σε ασθενείς οι οποίες έχουν ανταποκριθεί στη χημειοθεραπεία και μπορεί να επιτευχθεί πλήρης εξαίρεση της νόσου είτε μετά από 3 είτε μετά από 6 κύκλους χημειοθεραπείας.
- Ασθενείς με ανεγχείρητο όγκο ο οποίος παρά τη χημειοθεραπεία συνεχίζει να αναπτύσσεται, δεν θα πρέπει να χειρουργούνται παρά μόνο για παρηγορητικούς λόγους.

- Στο πρακτικό της επέμβασης θα πρέπει να παρέχονται αναλυτικά όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για το μέγεθος, την εντόπιση, την επέκταση και την υπολειπόμενη νόσο όπως επίσης και όλοι οι χρόνοι που πραγματοποιήθηκαν.
- Στον φάκελο της ασθενούς θα πρέπει να καταγράφεται ο παθολογοανατομικός τύπος, ο βαθμός διαφοροποίησης, η κατάσταση και η θρέψη της ασθενούς, τα επίπεδα αλβουμίνης, η συνοσηρότητα, η γηριατρική εκτίμηση, ο απεικονιστικός έλεγχος και/ή διαγνωστική λαπαροσκόπηση/λαπαροτομία, η εντόπιση της νόσου και ο αριθμός τυχόν αναστομώνσεων.

## VIII. 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

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

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.