



Ε Μ Γ Ε

Ελληνική Μαιευτική και
Γυναικολογική Εταιρεία

Κατευθυντήρια Οδηγία
No 83

Μάρτιος 2026

Σε αντικατάσταση της Οδηγίας No 41/2020

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

Εισαγωγή και Επισκόπηση Πολιτικής	2
Επιδημιολογικά Δεδομένα και Δημογραφικά Στοιχεία	2
Ορισμός Πεδίου Εφαρμογής και Θεματολογίας	2
Διαδικασία Ανάπτυξης Κατευθυντήριων Οδηγιών	3
Σύστημα Βαθμολόγησης (Επίπεδα Τεκμηρίωσης και Βαθμοί Σύστασης)	3
Γενικές Οδηγίες Διαχείρισης	3
Ορισμοί που Χρησιμοποιούνται	3
Γενικές Αρχές	3
Ταυτοποίηση και Επιτήρηση Συνδρόμου Lynch	4
Ενσωμάτωση Μοριακής Ταξινόμησης και Άλλων Βιοδεικτών	4
Αλγόριθμος για την αξιολόγηση της μοριακής ταξινόμησης του καρκινώματος του ενδομητρίου	5
Ορισμός Ομάδων Κινδύνου	5
Διαχείριση Πρώιμου Σταδίου	9
Χειρουργική Διαχείριση σε Υποτιθέμενη Νόσο Σταδίου I και II	9
Ελάχιστα επεμβατική προσέγγιση	9
Σταδιοποίηση λεμφαδένων	9
Διατήρηση ωθηκών σε νόσο σταδίου I	9
Ασθενείς με νόσο σταδίου I και II που είναι ιατρικά ακατάλληλοι για χειρουργείο	9
Επικουρική Θεραπεία	10
Αβέβαιος Κίνδυνος	11
Προχωρημένη Νόσος (Στάδια III και IV)	11
Χειρουργική για κλινικά εμφανή νόσο σταδίου III και IV	11
Μη εξαιρέσιμος καρκίνος σταδίου III ή IV	11
Διαχείριση Ατελούς Πρωτογενούς Χειρουργικής Επέμβασης	11
Χωρίς υπολειμματική νόσο	11
Υπολειμματική νόσος	12
Υποτροπιάζουσα νόσος	12
Τοπικοπεριοχική υποτροπή	12
Ολιγομεταστατική υποτροπή	12
Διάχυτη υποτροπιάζουσα νόσος	12
Συστηματική Θεραπεία	13
Πρώτης γραμμής συστηματική θεραπεία	13
Δεύτερης γραμμής συστηματική θεραπεία	13
Παρακολούθηση (Follow-up) και Εκπαίδευση Ασθενών	13
Κύριες Αλλαγές (EMGE 2020 vs ESGO 2025)	14
Τι αλλάζει από την προηγούμενη κατευθυντήρια οδηγία της EMGE	14

Εισαγωγή και Επισκόπηση Πολιτικής

Η παρούσα έκθεση αποτελεί την πλήρη μεταφορά των κατευθυντήριων οδηγιών των Ευρωπαϊκών Εταιρειών Γυναικολογικής Ογκολογίας (ESGO), Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας (ESTRO) και Παθολογικής Ανατομικής (ESP) για τη διαχείριση ασθενών με καρκίνο του ενδομητρίου, όπως αυτές δημοσιεύθηκαν στην επικαιροποίηση του 2025. Σκοπός του παρόντος εγγράφου είναι η ενσωμάτωση των νέων δεδομένων στα πρωτόκολλα της Ελληνικής Μαιευτικής και Γυναικολογικής Εταιρείας (EMΓΕ), διατηρώντας την ακρίβεια της ορολογίας και την ακεραιότητα των κλινικών αλγορίθμων.¹

Το 2023, βασιζόμενη στις σημαντικές προόδους που σημειώθηκαν στην κατανόηση των παθολογοανατομικών και μοριακών χαρακτηριστικών του καρκινώματος του ενδομητρίου, η Διεθνής Ομοσπονδία Γυναικολογίας και Μαιευτικής (FIGO) δημοσίευσε ένα αναθεωρημένο σύστημα σταδιοποίησης. Στόχος αυτής της αναθεώρησης ήταν ο ακριβέστερος καθορισμός των προγνωστικών ομάδων και η ταυτοποίηση των σχετικών υποομάδων θεραπείας. Αυτό επιτεύχθηκε μέσω της συμπερίληψης παραγόντων που αντικατοπτρίζουν τη βιολογία του όγκου—συγκεκριμένα τους ιστολογικούς υποτύπους, τη διήθηση του λεμφαγγειακού χώρου (LVSI) και τη μοριακή ταξινόμηση—παράλληλα με τις βελτιώσεις των ανατομικών παραγόντων, όπως η περιτοναϊκή καρκινωμάτωση και η μετάσταση στους λεμφαδένες.¹

Ως μέρος της αποστολής τους για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας για άτομα με γυναικολογικούς καρκίνους, η ESGO, η ESTRO και η ESP προχώρησαν στην επικαιροποίηση των τεκμηριωμένων κατευθυντήριων οδηγιών που είχαν δημοσιευθεί το 2021. Η νέα αυτή έκδοση ενσωματώνει την αναθεωρημένη σταδιοποίηση FIGO και τον μεγάλο όγκο νέων επιστημονικών δεδομένων που αφορούν τη διαχείριση του καρκίνου του ενδομητρίου. Η διαδικασία ανάπτυξης αυτών των οδηγιών βασίστηκε σε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και σε διαδικασία κριτικής αξιολόγησης, με τη συμμετοχή μιας διεθνούς διεπιστημονικής ομάδας ανάπτυξης που αποτελούνταν από 30 εμπειρογνώμονες από σχετικούς κλάδους: γυναικολογική ογκολογία, ακτινοθεραπευτική ογκολογία, παθολογική ογκολογία και παθολογική ανατομική.

Επιδημιολογικά Δεδομένα και Δημογραφικά Στοιχεία

Το καρκίνωμα του ενδομητρίου αποτελεί τον έκτο συχνότερα διαγνωσμένο καρκίνο στις γυναίκες παγκοσμίως, με 417.000 νέες περιπτώσεις και 97.000 θανάτους να καταγράφονται το 2020. Στην Ευρώπη, ο εκτιμώμενος αριθμός νέων περιπτώσεων καρκίνου του ενδομητρίου ανήλθε στις 124.874 το 2022, με 30.272 θανάτους, και η επίπτωση βαίνει αυξανόμενη λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και του αυξανόμενου επιπολασμού της παχυσαρκίας. Οι εκτιμήσεις επιπολασμού διαφέρουν ουσιαστικά μεταξύ των χωρών, και ο ακαθάριστος επιπολασμός είναι περισσότερο από δύο φορές υψηλότερος στις χώρες με τον υψηλότερο επιπολασμό σε σύγκριση με τις χώρες με τον χαμηλότερο επιπολασμό.¹

Στις αρχές του 2020, η μελέτη EURO CARE-6 ανέφερε ότι ο εκτιμώμενος αριθμός επιζωσών από καρκίνο του ενδομητρίου στην Ευρώπη ήταν 123.000 εντός των τελευταίων 2 ετών, 159.000 εντός των τελευταίων 2-5 ετών και 650.000 για περισσότερα από 5 έτη (μακροχρόνια επιζώσες). Τα άτομα ηλικίας 75 ετών ή μεγαλύτερα αποτελούν σημαντικό ποσοστό όσων ζουν μετά από διάγνωση καρκίνου του ενδομητρίου. Ο επιπολασμός και ο κίνδυνος συνοδών νοσημάτων και μεταβολικού συνδρόμου αυξάνονται με την ηλικία και θα μπορούσαν να ευθύνονται εν μέρει για τη μείωση της συνολικής επιβίωσης με την ηλικία. Ωστόσο, η ηλικία αποτελεί από μόνη της προγνωστικό παράγοντα. Η αυξημένη ηλικία έχει συσχετιστεί με πιο επιθετικά χαρακτηριστικά του όγκου και σχετίζεται ανεξάρτητα και αιτιολογικά με χειρότερα ογκολογικά αποτελέσματα. Οι διαφορές στα χαρακτηριστικά των ασθενών και στα ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά της νόσου επηρεάζουν την πρόγνωση των ασθενών και την προτεινόμενη θεραπευτική προσέγγιση.¹

Ορισμός Πεδίου Εφαρμογής και Θεματολογίας

Οι παρούσες κατευθυντήριες οδηγίες καλύπτουν όλα τα σχετικά ζητήματα διάγνωσης, θεραπείας, παρακολούθησης και εκπαίδευσης ασθενών για το καρκίνωμα του ενδομητρίου σε ένα διεπιστημονικό περιβάλλον. Προορίζονται για χρήση από γυναικολόγους ογκολόγους, γενικούς γυναικολόγους, χειρουργούς, ακτινοθεραπευτές ογκολόγους, παθολογοανατόμους, παθολόγους ογκολόγους, ακτινολόγους, γενικούς ιατρούς, ομάδες

παρηγορητικής φροντίδας και επαγγελματίες υγείας.¹

Επισημαίνεται ότι η θεραπεία διατήρησης της γονιμότητας σε ασθενείς με καρκίνο του ενδομητρίου καλύπτεται από τις τεκμηριωμένες οδηγίες που αναπτύχθηκαν από κοινού από την ESGO, την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ανθρώπινης Αναπαραγωγής και Εμβρυολογίας (ESHRE) και την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Γυναικολογικής Ενδοσκοπικής (ESGE) και δημοσιεύθηκαν το 2023, και ως εκ τούτου δεν συμπεριλήφθηκαν στις παρούσες οδηγίες. Οι παρούσες οδηγίες δεν περιλαμβάνουν οικονομική ανάλυση των στρατηγικών. Οι αλγόριθμοι θεραπείας, η περίληψη των στοιχείων που υποστηρίζουν τις οδηγίες και οι αρχές της ακτινοθεραπείας και της παθολογοανατομικής αξιολόγησης παρουσιάζονται αναλυτικά στο παράρτημα. Οι οδηγίες της ESGO επικαιροποιούνται τακτικά σύμφωνα με τις τυποποιημένες διαδικασίες λειτουργίας.¹

Διαδικασία Ανάπτυξης Κατευθυντήριων Οδηγιών

Οι τεκμηριωμένες κατευθυντήριες οδηγίες αναπτύχθηκαν χρησιμοποιώντας μια ισχυρή διαδικασία ανάπτυξης, η οποία περιελάμβανε μια διεπιστημονική διεθνή προσέγγιση ανάπτυξης, συστηματική αναζήτηση βιβλιογραφίας και μια διαδικασία εξωτερικής αναθεώρησης που πραγματοποιήθηκε από ένα μεγάλο πάνελ ιατρών και ασθενών.

Σύστημα Βαθμολόγησης (Επίπεδα Τεκμηρίωσης και Βαθμοί Σύστασης)

Η κατανόηση της βαρύτητας κάθε σύστασης απαιτεί την εξοικείωση με το σύστημα βαθμολόγησης που χρησιμοποιήθηκε:

Επίπεδα Τεκμηρίωσης (Levels of Evidence):

- **I:** Στοιχεία από τουλάχιστον μία μεγάλη τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη καλής μεθοδολογικής ποιότητας (χαμηλή πιθανότητα σφάλματος) ή μετα-αναλύσεις καλά σχεδιασμένων τυχαίοποιημένων δοκιμών χωρίς ετερογένεια.
- **II:** Στοιχεία από μικρές τυχαίοποιημένες δοκιμές ή μεγάλες τυχαίοποιημένες δοκιμές με υποψία σφάλματος (χαμηλότερη μεθοδολογική ποιότητα) ή μετα-αναλύσεις τέτοιων δοκιμών ή δοκιμών με αποδεδειγμένη ετερογένεια.

- **III:** Στοιχεία από προοπτικές μελέτες κοόρτης.
- **IV:** Στοιχεία από αναδρομικές μελέτες κοόρτης ή αναδρομικές μελέτες ασθενών-μαρτύρων.
- **V:** Στοιχεία από μελέτες χωρίς ομάδα ελέγχου, αναφορές περιστατικών ή γνώμες εμπειρογνομόνων.

Βαθμοί Σύστασης (Grades of Guidelines):

- **A:** Ισχυρή τεκμηρίωση για αποτελεσματικότητα με ουσιαστικό κλινικό όφελος, **ισχυρά συνιστώμενη**.
- **B:** Ισχυρή ή μέτρια τεκμηρίωση για αποτελεσματικότητα αλλά με περιορισμένο κλινικό όφελος, **γενικά συνιστώμενη**.
- **C:** Ανεπαρκής τεκμηρίωση για αποτελεσματικότητα ή το όφελος δεν υπερτερεί του κινδύνου ή των μειονεκτημάτων (π.χ. ανεπιθύμητες ενέργειες ή κόστος), **προαιρετική**.
- **D:** Μέτρια τεκμηρίωση κατά της αποτελεσματικότητας ή για δυσμενές αποτέλεσμα, **γενικά δεν συνιστάται**.
- **E:** Ισχυρή τεκμηρίωση κατά της αποτελεσματικότητας ή για δυσμενές αποτέλεσμα, **ποτέ δεν συνιστάται**.

Γενικές Οδηγίες Διαχείρισης

Ορισμοί που Χρησιμοποιούνται

Για απλοποίηση και διευκόλυνση της ανάγνωσης, ο όρος **MMRd** χρησιμοποιείται ως συνώνυμο για την ανεπάρκεια του μηχανισμού επιδιόρθωσης (mismatch repair deficient) ή τη μικροδορυφορική αστάθεια (microsatellite instability) σε όλο το κείμενο. Επιπλέον, χρησιμοποιούμε τον όρο **non-MMRd** αντί του mismatch repair proficient (επαρκής μηχανισμός επιδιόρθωσης), υπογραμμίζοντας το γεγονός ότι ο όρος mismatch repair proficient δεν αντικατοπτρίζει μια μοριακά καθορισμένη, ομοιογενή ομάδα ασθενών με καρκίνο του ενδομητρίου. Ο όρος **Non-MMRd** χρησιμοποιείται ως συνώνυμο του mismatch repair proficient ή microsatellite stable (μικροδορυφορικά σταθερός) σε όλο το κείμενο.¹

Γενικές Αρχές

Ο σχεδιασμός της σταδιοποίησης και της θεραπείας πρέπει να γίνεται σε διεπιστημονικό πλαίσιο (γενικά σε συνεδρίαση ογκολογικού συμβουλίου, συγκροτημένου σύμφωνα με τις τοπικές οδηγίες)

και να βασίζεται στην ολοκληρωμένη και ακριβή γνώση των προγνωστικών και προβλεπτικών παραγόντων για την έκβαση, τη νοσηρότητα και την ποιότητα ζωής (V, A).

Οι ασθενείς πρέπει να συμβουλευούνται προσεκτικά σχετικά με τα προτεινόμενα διαγνωστικά και θεραπευτικά πλάνα και τις πιθανές εναλλακτικές, συμπεριλαμβανομένων των κινδύνων και των οφελών όλων των επιλογών (V, A). Η θεραπεία πρέπει να αναλαμβάνεται σε εξειδικευμένο κέντρο από αφοσιωμένη ομάδα ειδικών στη διάγνωση και διαχείριση γυναικολογικών καρκίνων, ειδικά σε νόσο υψηλού κινδύνου, προχωρημένου σταδίου ή και τα δύο (V, A).¹

Ταυτοποίηση και Επιτήρηση Συνδρόμου Lynch

Για την αναγνώριση ασθενών με υψηλότερο κίνδυνο συνδρόμου Lynch και τη διαλογή για ανάλυση μεταλλάξεων βλαστικής σειράς (προ-διαλογή), η ανοσοϊστοχημεία για πρωτεΐνες επιδιόρθωσης ταιριάσματος (συν ανάλυση της κατάστασης μεθυλίωσης του υποκινητή MLH1 σε περιπτώσεις ανοσοϊστοχημικής απώλειας μόνο της MLH1 ή της MLH1 συν έκφραση της PMS2) είναι η προτιμώμενη επιλογή και πρέπει να διενεργείται για όλους τους ασθενείς με καρκίνο του ενδομητρίου (III, A). Ο έλεγχος μικροδορυφορικής αστάθειας είναι μια δευτερεύουσα επιλογή για την προ-διαλογή για το σύνδρομο Lynch (III, B).

Ασθενείς με καρκίνο του ενδομητρίου που αναγνωρίζονται ότι έχουν αυξημένο κίνδυνο συνδρόμου Lynch μέσω ανοσοϊστοχημείας επιδιόρθωσης ταιριάσματος (με ή χωρίς ανάλυση μεθυλίωσης MLH1) ή ελέγχου μικροδορυφορικής αστάθειας, ή οικογενειακού ιστορικού, θα πρέπει να προσφέρεται γενετική συμβουλευτική, συμπεριλαμβανομένου γενετικού ελέγχου και επιτήρησης σχετικών καρκίνων (III, B).

Η επιτήρηση για καρκίνο του ενδομητρίου σε φορείς μεταλλάξεων συνδρόμου Lynch θα πρέπει γενικά να ξεκινά στην ηλικία των 30 ετών· ωστόσο, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ατομικοί παράγοντες (εξατομικευμένα προγράμματα επιτήρησης). Η απόφαση για την ηλικία έναρξης της επιτήρησης πρέπει να ενσωματώνει τη γνώση σχετικά με τη συγκεκριμένη μετάλλαξη και το ιστορικό εμφάνισης συμβάντων στην οικογένεια (IV, B). Η επιτήρηση του ενδομητρίου με ετήσιο διακολπικό υπέρηχο και ετήσια ή ανά διετία βιοψία μέχρι την υστερεκτομή θα πρέπει να εξετάζεται σε όλους τους φορείς μεταλλάξεων συνδρόμου Lynch (IV, B).¹

Η υστερεκτομή και η αμφοτερόπλευρη σαλπινγο-ωθηκεκτομή για την πρόληψη του καρκίνου του ενδομητρίου και των ωθηκών με ελάχιστα επεμβατική χειρουργική θα πρέπει να προσφέρεται μόλις η ασθενής αποφασίσει να μην αποκτήσει παιδιά ή περισσότερα παιδιά (δηλαδή, ολοκλήρωση οικογενειακού προγραμματισμού) και κατά προτίμηση πριν από την ηλικία των 40 ετών σε ασθενείς με μεταλλάξεις MLH1, MSH2 ή MSH6. Η υστερεκτομή και η αμφοτερόπλευρη σαλπινγο-ωθηκεκτομή συνιστώνται κατά την εμμηνόπαυση σε ασθενείς με μεταλλάξεις PMS2. Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της προφυλακτικής χειρουργικής πρέπει να συζητούνται, συμπεριλαμβανομένου του κινδύνου αντίχνευσης λανθάνοντος γυναικολογικού καρκίνου κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης. Η θεραπεία υποκατάστασης οιστρογόνων θα πρέπει να προτείνεται μετά από αμφοτερόπλευρη σαλπινγο-ωθηκεκτομή σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες (IV, B).¹

Ενσωμάτωση Μοριακής Ταξινόμησης και Άλλων Βιοδεικτών

Η μοριακή ταξινόμηση (POLE-mutated [POLE], Mismatch Repair Deficient, No Specific Molecular Profile, ή p53-abnormal [p53abn]) πρέπει να διενεργείται για όλους τους τύπους καρκίνου του ενδομητρίου και απαιτεί τρεις βασικές αναλύσεις (ταξινόμηση όγκων ΠΟΥ 2020) (IV, A; Εικόνα 2). Η μοριακή ταξινόμηση είναι ιδιαίτερα σημαντική στα καρκινώματα υψηλού βαθμού κακοήθειας (IV, B). Η ανάλυση POLE μπορεί να παραλειφθεί σε καρκίνο του ενδομητρίου σταδίου I χαμηλού κινδύνου, στον οποίο η κατάσταση μετάλλαξης POLE δεν επηρεάζει τη λήψη αποφάσεων για επικουρική θεραπεία (IV, C).

Ο μοριακός έλεγχος ενθαρρύνεται σε υλικό βιοψίας ενδομητρίου ή απόξεσης. Χρειάζεται να επαναληφθεί στο παρασκεύασμα υστερεκτομής μόνο σε ειδικές καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένου ανεπαρκούς ιστού όγκου, διφορούμενων αποτελεσμάτων ή τεχνικών προβλημάτων στη βιοψία, ή παρουσίας επιπρόσθετης συνιστώσας όγκου στο παρασκεύασμα υστερεκτομής που δεν ήταν παρούσα στη βιοψία (IV, B).¹

Ο έλεγχος επιδιόρθωσης ταιριάσματος (MMR) πρέπει να γίνεται με ανοσοϊστοχημεία. Η προσέγγιση με δύο αντισώματα είναι ισοδύναμη με την προσέγγιση τεσσάρων αντισωμάτων (IV, B). Σε περίπτωση διφορούμενων ή ετερογενών αποτελεσμάτων ανοσοϊστοχημείας MMR, πρέπει

να συμπληρώνεται από μικροδορυφορική PCR (IV, B).

Για τον έλεγχο κατάστασης p53, συνιστάται η ανοσοϊστοχημεία. Η ανάλυση μεταλλάξεων TP53 είναι μια καλή εναλλακτική λύση για τον έλεγχο p53 με ανοσοϊστοχημεία και πρέπει να χρησιμοποιείται όταν η ανοσοϊστοχημεία είναι διφορούμενη ή ετερογενής (IV, B). Ο έλεγχος κατάστασης μετάλλαξης POLE πρέπει να καλύπτει όλες τις 11 παθολόγους παραλλαγές του τομέα εξωνουκλεάσης POLE (IV, B).

Το καρκίνωμα του ενδομητρίου με χαρακτηριστικά πολλαπλών ταξινομητών πρέπει να ταξινομείται σύμφωνα με τον γονιδιωματικό οδηγό τους, όπως μια παθολόγο μετάλλαξη POLE (συνδυασμός POLE με p53abn ή MMRd, ή και τα δύο) ή ανεπάρκεια επιδιόρθωσης ταιριάσματος (συνδυασμός MMRd με p53abn) (IV, B).

Συνιστάται ο έλεγχος της κατάστασης των οιστρογονικών υποδοχέων με ανοσοϊστοχημεία σε όλα τα καρκινώματα του ενδομητρίου, επειδή μπορεί να διευκολύνει τη διάγνωση, είναι προγνωστικός στην ομάδα NSMP και είναι προβλεπτικός για την ανταπόκριση στην ενδοκρινική θεραπεία σε προχωρημένη και υποτροπιάζουσα νόσο (IV, A). Όλα τα προχωρημένα και υποτροπιάζοντα p53abn καρκινώματα του ενδομητρίου και όλα τα ορώδη καρκινώματα ή καρκινοσάρκωματα μπορούν να ελεγχθούν για υπερέκφραση HER2 (γνωστό και ως ERBB2) με ανοσοϊστοχημεία και, σε περίπτωση βαθμολογίας ανοσοαντίδρασης 2+, με in situ υβριδισμό χρησιμοποιώντας τυποποιημένα κριτήρια (IV, C).¹

Η ανάπτυξη κλινικών δοκιμών καθοδηγούμενων από μοριακά χαρακτηριστικά και βιοδείκτες συνιστάται για την περαιτέρω επιδίωξη της ιατρικής ακριβείας στη διαχείριση ασθενών με καρκίνο του ενδομητρίου (V, A).¹

Αλγόριθμος για την αξιολόγηση της μοριακής ταξινόμησης του καρκινώματος του ενδομητρίου (Εικόνα 2 - Περιγραφή)

Ο αλγόριθμος ξεκινά με την ανάλυση μετάλλαξης POLE (IV, A).

- Εάν υπάρχει **Παθολόγος μετάλλαξη POLE**: Ταξινομείται ως **POLE**. (Ακόμα κι αν συνυπάρχει MMRd ή p53abn).

- Εάν δεν υπάρχει παθολόγος μετάλλαξη POLE: Προχωράμε σε ανάλυση Ανοσοϊστοχημείας (IHC) (IV, B).
 - Ελέγχουμε την Επιδιόρθωση Ταιριάσματος (MMR).
- Εάν υπάρχει Απώλεια MSH6 ή MSH6+MSH2, ή PMS2 ή PMS2+MLH1 έκφρασης: Ταξινομείται ως **MMRd**. (Ακόμα κι αν συνυπάρχει p53abn).
- Εάν υπάρχει διατηρημένη έκφραση επιδιόρθωσης ταιριάσματος: Ελέγχουμε το **p53**.
- Εάν το p53 είναι μη μεταλλαγμένο (wild type): Ταξινομείται ως **NSMP** (No Specific Molecular Profile). Στη συνέχεια γίνεται IHC για υποδοχείς οιστρογόνων (IV, A).
- Εάν ER θετικό ($\geq 10\%$) και χαμηλού βαθμού (G1, G2): **NSMP low-grade και ER-positive**.
- Εάν ER αρνητικό ($< 10\%$) ή υψηλού βαθμού (G3): **NSMP high-grade ή ER-negative**.
- Εάν το p53 είναι διφορούμενο ή ετερογενές: Γίνεται αλληλούχιση TP53 (IV, B). Αν TP53WT -> NSMP. Αν TP53 mutant -> p53abn.
- Εάν το p53 έχει πρότυπο **p53abn** (υπερέκφραση, null, ή κυτταροπλασματικό): Ταξινομείται ως **p53abn**.

Ορισμός Ομάδων Κινδύνου

Οι Πίνακες που ακολουθούν απεικονίζουν μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για την κατανομή σε προγνωστικές ομάδες κινδύνου με βάση είτε το σύστημα σταδιοποίησης FIGO 2023 με γνωστή μοριακή ταξινόμηση, είτε την επέκταση του όγκου, την κατάσταση διήθησης λεμφαγγειακού χώρου και τη γνωστή μοριακή ταξινόμηση (απεικονίζοντας τα αντίστοιχα στάδια FIGO 2023).¹

Οι προγνωστικοί κίνδυνοι ορίζονται ως εκτιμώμενος συνολικός 5ετής κίνδυνος υποτροπής:

- **Χαμηλού κινδύνου (Πράσινο):** $< 8\%$
- **Ενδιάμεσου κινδύνου (Κίτρινο):** 8-14%
- **Υψηλού-ενδιάμεσου κινδύνου (Πορτοκαλί):** 15-24%
- **Υψηλού κινδύνου (Κόκκινο):** $\geq 25\%$
- **Αβέβαιου κινδύνου (Γκρι):** Ανεπαρκή δεδομένα

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Ορισμός ομάδων κινδύνου βάσει σταδιοποίησης FIGO 2023 και μοριακής ταξινόμησης

Σταδιοποίηση FIGO 2023	Μοριακή ταξινόμηση: POLE	Μοριακή ταξινόμηση: MMRd	Μοριακή ταξινόμηση: NSMP low-grade και ER-positive	Μοριακή ταξινόμηση: NSMP high-grade ή ER-negative (ή και τα δύο)	Μοριακή ταξινόμηση: p53abn
I	Περιορισμένη στο σώμα της μήτρας				
IA					
IA1	Χαμηλής κακοήθειας ενδομητριοειδείς, περιορισμένο σε πολύποδα ή ενδομήτριο (χωρίς μσοδήθηση)	NA	IAm MMRd	IAm NSMP	NA
IA2	Χαμηλής κακοήθειας ενδομητριοειδείς, μσοδήθηση <50%, καμία ή εστιακή LVSI	NA	NA	NA	IICm p53abn
IA3	Χαμηλής κακοήθειας ενδομητριοειδείς καρκίνωμα του ενδομητρίου και της ωοθήκης	NA	NA	NA	IICm p53abn
IB	Χαμηλής κακοήθειας ενδομητριοειδείς, μσοδήθηση ≥50%, καμία ή εστιακή LVSI	IAm MMRd	IBm NSMP	IBm NSMP	IICm p53abn
IC	Υψηλής κακοήθειας ιστολογίες, περιορισμένες σε πολύποδα ή ενδομήτριο	IAm MMRd	NA	IAm NSMP	IICm p53abn
II	Περιορισμένη στη μήτρα				
IIA	Χαμηλής κακοήθειας ενδομητριοειδείς, διήθηση τραχηλικού στρώματος	IIAm MMRd	IIAm NSMP	NA	IICm p53abn
IIB	Χαμηλής κακοήθειας ενδομητριοειδείς, σημαντική LVSI	IIBm MMRd	IIBm NSMP	NA	IICm p53abn
IIC	Υψηλής κακοήθειας ιστολογίες, μσοδήθηση				
	- Μσοδήθηση <50%, καμία ή εστιακή LVSI	IICm MMRd	NA	IICm NSMP	IICm p53abn
	- Μσοδήθηση ≥50%, καμία ή εστιακή LVSI	IICm MMRd	NA	IICm NSMP	IICm p53abn
	- Διήθηση τραχηλικού στρώματος, καμία ή εστιακή LVSI	IICm MMRd	NA	IICm NSMP	IICm p53abn

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: (συνέχεια)

Σταδιοποίηση FIGO 2023	Μοριακή ταξινόμηση: POLE	Μοριακή ταξινόμηση: MMRd	Μοριακή ταξινόμηση: NSMP low-grade και ER-positive	Μοριακή ταξινόμηση: NSMP high-grade ή ER-negative (ή και τα δύο)	Μοριακή ταξινόμηση: p53abn
	- Σημαντική LVI	IAm POLE	NA	IICm NSMP	IICm p53abn
III	Τοπική διασπορά, περιοχική διασπορά, ή και τα δύο				
IIIA					
IIIA1	Διασπορά σε ωθήκη ή σάλπιγγα	NA			
IIIA2	Συμμετοχή οργόνου μήτρας ή διασπορά μέσω του οργόνου της μήτρας	NA			
IIIB					
IIIB1	Μετάσταση ή άμεση επέκταση στον κόλπο, τα παραμήτρια, ή και τα δύο	NA			
IIIB2	Μετάσταση στο πυελικό περιτόναιο	NA			
IIIC					
IIIC1	Μετάσταση σε πυελικούς λεμφαδένες	NA			
	- Μικρομετάσταση	NA			
	- Μακρομετάσταση	NA			
IIIC2	Μετάσταση σε παρα-αορτικούς λεμφαδένες	NA			
	- Μικρομετάσταση	NA			
	- Μακρομετάσταση	NA			
IV	Τοπικά προχωρημένη νόσος, μεταστατική νόσος, ή και τα δύο				
IVA	Διήθηση βλεννογόνου ουροδόχου κύστης ή εντερικού βλεννογόνου, ή και τα δύο	IVA POLE			
IVB	Περιτοναϊκή μετάσταση πέραν της πυέλου	NA			
IVC	Απομακρυσμένη μετάσταση	NA			

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Ορισμός ομάδων κινδύνου βάσει ανατομικής έκτασης LVSI και μοριακής ταξινόμησης (με αντίστοιχα στάδια FIGO 2023)

Ανατομική Έκταση / LVSI	Μοριακή: POLE	Μοριακή: MMRd	Μοριακή: NSMP low-grade & ER+	Μοριακή: NSMP high-grade ή ER-	Μοριακή: p53abn
Περιορισμένη στο σώμα της μήτρας					
Χωρίς μυομητρική διήθηση, περιορισμένη σε πολύποδα ή ενδομήτριο	IAm POLE (IA1 ή IC)	IA1	IA1	IA1 ή IC	IICm p53abn (IA2 ή IC)
Μυομητρική διήθηση <50%, καμιά ή εστιακή LVSI	IAm POLE (IA2)	IIC	IA1	IA2 ή IIC	IICm p53abn
Μυομητρική διήθηση ≥50%, καμιά ή εστιακή LVSI	IAm POLE (IB ή IIC)	IB	IB	IB ή IIC	IICm p53abn
Περιορισμένη στη μήτρα (σώμα +/- τράχηλος)					
Διήθηση τραχηλικού στρώματος, καμιά ή εστιακή LVSI	IAm POLE (IIA ή IIC)	IIA ή IIC	IIA	IIA ή IIC	IICm p53abn
Σώμα μήτρας +/- τράχηλος, σημειωτική LVSI	IAm POLE (IIB ή IIC)	IIB ή IIC	IIB	IIB ή IIC	IICm p53abn
Τοπική διασπορά, περιοχική διασπορά ή και τα δύο					
Διασπορά σε ωθήκη ή σάλπιγγα	IIIA1	IIIA1	IIIA1	IIIA1	IIIA1
Συμμετοχή ορογόνου μήτρας ή διασπορά μέσω ορογόνου	IIIA2	IIIA2	IIIA2	IIIA2	IIIA2
Μετάσταση ή άμεση επέκταση σε κόλπο/παραμήτριο	IIIB1	IIIB1	IIIB1	IIIB1	IIIB1
Μετάσταση στο πυελικό περιτόναιο	IIIB2	IIIB2	IIIB2	IIIB2	IIIB2
Μετάσταση σε πυελικούς λεμφαδένες	IIIC1	IIIC1	IIIC1	IIIC1	IIIC1
Μετάσταση σε παρα-αρτηικούς λεμφαδένες	IIIC2	IIIC2	IIIC2	IIIC2	IIIC2
Τοπικά προχωρημένη					
Διήθηση βλεννογόνου κύστης/εντέρου	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA
Χαμηλού βαθμού κακοήθειας ενδομητριοειδές καρκίνωμα ταυτόχρονα ενδομητρίου και ωθήκης	IA3	IA3	IA3	IA3	IA3
Μεταστατική ή υπολειπόμενη νόσος μετά το χειρουργείο					
Τοπική ή περιοχική εξάπλωση ή και τα δύο με υπολειπόμενη νόσο			III με υπολειπόμενη νόσο		
Διήθηση βλεννογόνου ουροδόχου κύστης ή εντέρου ή και τα δύο με υπολειπόμενη νόσο			IVA με υπολειπόμενη νόσο		
Περιτοναϊκή μετάσταση εκτός πυέλου			IVB		
Αποιακρυσμένη μετάσταση			IVC		

Διαχείριση Πρώιμου Σταδίου

Χειρουργική Διαχείριση σε Υποτιθέμενη Νόσο Σταδίου I και II

Τυπικές χειρουργικές επεμβάσεις Η τυπική χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του ενδομητρίου σταδίου I και II είναι η ολική υστερεκτομή με αμφοτερόπλευρη σαλπγγγο-ωθηκεκτομή και σταδιοποίηση λεμφαδένων (**II, A** για το στάδιο I και **IV, B** για το στάδιο II). Η υποκολική (ολική ή μερική) επιπλεκτομή πρέπει να διενεργείται για κλινικό στάδιο I και II ορώδους καρκινώματος του ενδομητρίου, καρκινοσαρκώματος και αδιαφοροποίητου καρκινώματος. Η επιπλεκτομή δεν είναι απαραίτητη σε άλλους ιστολογικούς τύπους (**IV, B**). Για ασθενείς με νόσο σταδίου II και τραχηλική συμμετοχή, εκτενέστερες επεμβάσεις θα πρέπει να γίνονται μόνο εάν απαιτείται για την επίτευξη ελεύθερων χειρουργικών ορίων (**IV, B**).

Ελάχιστα επεμβατική προσέγγιση

Η ελάχιστα επεμβατική χειρουργική είναι η προτιμώμενη χειρουργική προσέγγιση, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών με καρκίνο του ενδομητρίου υψηλού κινδύνου (**I, A**). Οποιαδήποτε ενδοπεριτοναϊκή διασπορά όγκου, συμπεριλαμβανομένης της ρήξης του όγκου ή του morcellation (συμπεριλαμβανομένου εντός σάκου), πρέπει να αποφεύγεται (**III, A**). Εάν η έξοδος της μήτρας δια του κόλπου ενέχει κίνδυνο ρήξης της μήτρας, πρέπει να ληφθούν άλλα μέτρα (π.χ. μικρή λαπαροτομία ή χρήση endobag) (**III, B**). Ένα προεγχειρητικό ή διεγχειρητικό εύρημα μεταστατικής διασποράς εκτός της μήτρας (εξαιρουμένων των μεταστάσεων στους λεμφαδένες) αποτελεί σχετική αντένδειξη για την ελάχιστα επεμβατική χειρουργική (**III, B**).¹

Σταδιοποίηση λεμφαδένων

Η βιοψία φρουρού λεμφαδένα (Sentinel Lymph Node) πρέπει να γίνεται για σκοπούς σταδιοποίησης σε όλους τους ασθενείς με υποτιθέμενη νόσο περιορισμένη στη μήτρα (**II, A**). Για τη βιοψία φρουρού λεμφαδένα, η πράσινη ινδοκυανίνη (indocyanine green - ICG) με τραχηλική έγχυση είναι η προτιμώμενη τεχνική ανίχνευσης. Η επανέγχυση ιχνηθέτη είναι μια επιλογή εάν οι φρουροί λεμφαδένες δεν απεικονίζονται εξαρχής. Εάν δεν ανιχνευθούν φρουροί λεμφαδένες σε καμία πλευρά της πυέλου, θα πρέπει να διενεργηθεί ομόπλευρα συστηματική λεμφαδενεκτομή για ασθενείς υψηλού-ενδιάμεσου ή υψηλού κινδύνου, και

μπορεί να εξεταστεί σε ασθενείς με υποτιθέμενο ενδιάμεσο κίνδυνο (**II, A**). Όλοι οι φρουροί λεμφαδένες πρέπει να υποβάλλονται σε ultrastaging (μια πιο εντατική παθολογοανατομική αξιολόγηση των φρουρών λεμφαδένων που μπορεί να αυξήσει την ακρίβεια της σταδιοποίησης των λεμφαδένων) (**II, A**).

Αν και στη βιβλιογραφία δεν έχει επιτευχθεί συναίνεση από τους παθολογοανατόμους σχετικά με τον ελάχιστο αριθμό επιπέδων τομής, η αρχική τομή, ακολουθούμενη από τουλάχιστον δύο επιπρόσθετα επίπεδα (σε απόσταση 50μ έως 250μ συνδυάζοντας χρώση αιματοξυλίνης-ηωσίνης και ανοσοϊστοχημεία), θα μπορούσε να είναι μια λογική προσέγγιση για τον συνδυασμό της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας και της αποτελεσματικότητας στην ανίχνευση μετάστασης χαμηλού όγκου (**IV, C**). Τόσο οι μακρομεταστάσεις όσο και οι μικρομεταστάσεις (οι μικρομεταστάσεις είναι οριζόμενες ως μεγαλύτερες από 0.2 mm ή περισσότερα από 200 κύτταρα, αλλά όχι μεγαλύτερες από 2.0 mm, pN1[mi]) θεωρούνται ως μεταστατική συμμετοχή (**IV, C**). Η προγνωστική σημασία των μεμονωμένων καρκινικών κυττάρων (ITCs - αποθέσεις ≤ 0.2 mm; pN0[i+]) είναι ασαφής (**IV, C**).

Διατήρηση ωοθηκών σε νόσο σταδίου I

Η διατήρηση των ωοθηκών μπορεί να εξεταστεί σε προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς ηλικίας μικρότερης των 45 ετών με FIGO 2023 IA1 ή IA2 που έχουν χαμηλό κίνδυνο υποτροπής βάσει μοριακής ταξινόμησης (**IV, B**). Σε περιπτώσεις διατήρησης ωοθηκών, συνιστάται αμφοτερόπλευρη σαλπγγεκτομή (**IV, B**). Οι ωοθήκες δεν πρέπει να διατηρούνται σε ασθενείς με κληρονομικό κίνδυνο καρκίνου των ωοθηκών, όπως φορείς βλαστικών μεταλλάξεων BRCA ή MLH1, MSH2, MSH6 ή PMS2 (σύνδρομο Lynch), και η διατήρηση των ωοθηκών θα πρέπει να συζητείται προσεκτικά με ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών ή του μαστού (**IV, B**).¹

Ασθενείς με νόσο σταδίου I και II που είναι ιατρικά ακατάλληλοι για χειρουργείο

Οι ιατρικές αντενδείξεις για την τυπική χειρουργική διαχείριση με ελάχιστα επεμβατική χειρουργική είναι σπάνιες. Η κοιλιακή υστερεκτομή με αμφοτερόπλευρη σαλπγγγο-ωθηκεκτομή, εάν είναι εφικτή, μπορεί να εξεταστεί ως θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς ακατάλληλους για

την προτεινόμενη τυπική χειρουργική θεραπεία (ασθενείς με ιατρικές συννοσηρότητες για τους οποίους η τυπική χειρουργική επέμβαση αποκλείεται λόγω υψηλών εγχειρητικών και περιεγχειρητικών κινδύνων) (IV, C). Η οριστική θεραπευτική ακτινοθεραπεία είναι η θεραπεία εκλογής σε ασθενείς με πρωτογενή διάγνωση καρκίνου του ενδομητρίου στους οποίους η τυπική χειρουργική επέμβαση αντενδείκνυται για ιατρικούς λόγους. Ο συνδυασμός εξωτερικής ακτινοθεραπείας (EBRT) και ενδοκοιλοτικής απεικονιστικά καθοδηγούμενης βραχυθεραπείας (IGBT) θα πρέπει να χρησιμοποιείται για όγκους υψηλού βαθμού κακοήθειας ή με διήθηση του μυομητρίου > 50%, ή και τα δύο (II, B). Για όγκους χαμηλού βαθμού κακοήθειας χωρίς διήθηση του μυομητρίου > 50%, η ενδοκοιλοτική απεικονιστικά καθοδηγούμενη βραχυθεραπεία μόνη της μπορεί να εξεταστεί ως εναλλακτική λύση για τον συνδυασμό EBRT και IGBT (II, B).

Για ασθενείς που είναι ιατρικά ακατάλληλοι για θεραπεία (τυπική χειρουργική επέμβαση, κοιλιακή υστερεκτομή ή οριστική ακτινοθεραπεία), η συστηματική θεραπεία (συμπεριλαμβανομένης της ενδοκρινικής θεραπείας), ο συνδυασμός τοπικών θεραπειών (συμπεριλαμβανομένης της ενδομητρίου συσκευής απελευθέρωσης προγεστίνης και ακτινοθεραπείας) ή και τα δύο, μπορούν να εξεταστούν για παρηγορητική φροντίδα (IV, B).¹

Επικουρική Θεραπεία

Οι οδηγίες επικουρικής θεραπείας για ασθενείς με καρκίνο του ενδομητρίου εξαρτώνται έντονα από την προγνωστική ομάδα κινδύνου τους.

Χαμηλός Κίνδυνος

Περιλαμβάνει τέσσερις κατηγορίες (Εικόνες 3 και 4· πράσινα κελιά).

1. Στάδια IA molecular (m; IA1, IA2, ή IA3) POLE, MMRd, ή NSMP χαμηλού βαθμού και θετικά σε υποδοχείς οιστρογόνων.
2. Στάδιο IBm POLE.
3. Στάδιο ICm POLE ή MMRd.
4. Στάδια IIm (IIA, IIB, ή IIC) POLE.

Για ασθενείς με καρκίνο του ενδομητρίου χαμηλού κινδύνου, **δεν συνιστάται καμία επικουρική θεραπεία (II, A)**.

Ενδιάμεσος Κίνδυνος

Περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες (Εικόνες 3 και 4· κίτρινα κελιά).

1. Στάδιο IBm MMRd ή NSMP χαμηλού βαθμού και θετικά σε υποδοχείς οιστρογόνων.
2. Στάδιο IIAm NSMP χαμηλού βαθμού και θετικά σε υποδοχείς οιστρογόνων.
3. Στάδιο IICm MMRd καρκίνωμα του ενδομητρίου με μυομητρική διήθηση (ανεξάρτητα από το βάθος της διήθησης του μυομητρίου), χωρίς διήθηση τραχηλικού στρώματος και χωρίς σημαντική διήθηση λεμφαγγειακού χώρου LVSI (-).

Για ασθενείς με καρκίνο του ενδομητρίου ενδιάμεσου κινδύνου, **θα πρέπει να εξετάζεται η επικουρική κοιλιακή βραχυθεραπεία (I, A)**. Η μη χορήγηση επικουρικής θεραπείας είναι επίσης μια επιλογή (III, C), ειδικά για ασθενείς ηλικίας κάτω των 60 ετών ή με καρκίνωμα του ενδομητρίου χαμηλού βαθμού κακοήθειας (II, A).

Υψηλός-Ενδιάμεσος Κίνδυνος

Περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες (Εικόνες 3 και 4· πορτοκαλί κελιά).

1. Στάδιο IIAm MMRd.
2. Στάδιο IIBm MMRd, ή NSMP χαμηλού βαθμού και θετικά σε υποδοχείς οιστρογόνων.
3. Στάδιο IICm MMRd με διήθηση τραχήλου (ανεξάρτητα από LVSI) ή με θετικό LVSI.

Για ασθενείς με καρκίνο του ενδομητρίου υψηλού-ενδιάμεσου κινδύνου, **συνιστάται επικουρική εξωτερική ακτινοθεραπεία (EBRT)** για βέλτιστο έλεγχο της πυελικής νόσου (II, A). Η κοιλιακή βραχυθεραπεία είναι μια εναλλακτική επιλογή, ειδικά για ασθενείς που υποβλήθηκαν σε σταδιοποίηση λεμφαδένων και είναι pN0 (II, B). Η μη χορήγηση επικουρικής θεραπείας μπορεί να εξεταστεί, ειδικά για ασθενείς που υποβλήθηκαν σε σταδιοποίηση λεμφαδένων και είναι pN0 χωρίς σημαντική διήθηση λεμφαγγειακού χώρου και νόσο χαμηλού βαθμού κακοήθειας (IV, B).¹

Υψηλός Κίνδυνος

Περιλαμβάνει τέσσερις κατηγορίες (Εικόνες 3 και 4· κόκκινα κελιά).

1. Στάδια IA2m, IA3m, ή IBm NSMP υψηλού βαθμού κακοήθειας ή αρνητικά σε υποδοχείς οιστρογόνων, ή p53abn.

2. Στάδια II_m (IIA, IIB, ή IIC) NSMP υψηλού βαθμού κακοήθειας ή αρνητικά σε υποδοχείς οιστρογόνων, ή p53abn.
3. Στάδια III_m (IIIA, IIIB, ή IIIC) MMRd, NSMP χαμηλού βαθμού και θετικά σε υποδοχείς οιστρογόνων, NSMP υψηλού βαθμού κακοήθειας ή αρνητικά σε υποδοχείς οιστρογόνων, ή p53abn.
4. Στάδια IV_{Am} MMRd, NSMP χαμηλού βαθμού κακοήθειας και θετικά σε υποδοχείς οιστρογόνων, NSMP υψηλού βαθμού κακοήθειας ή αρνητικά σε υποδοχείς οιστρογόνων, ή p53abn.

Για ασθενείς με καρκίνο του ενδομητρίου υψηλού κινδύνου, συνιστώνται η **εξωτερική ακτινοθεραπεία με συγχρηγούμενη και επικουρική χημειοθεραπεία (I, A)** ή, εναλλακτικά, η διαδοχική χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία (**I, B**). Η χημειοθεραπεία με ή χωρίς βραχυθεραπεία είναι μια εναλλακτική επιλογή (**I, B**). Για ασθενείς με στάδιο III_m-IV_{Am} MMRd, θα πρέπει να εξετάζεται η επικουρική χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με αναστολέα σημείων ελέγχου του ανοσοποιητικού συστήματος – Ανοσοθεραπεία (με ή χωρίς εξωτερική ακτινοθεραπεία) (**II, B**).¹

Αβέβαιος Κίνδυνος

Σε πρώιμο στάδιο νόσου, οι κατηγορίες αβέβαιου κινδύνου αποτελούνται από: α) Στάδιο IA_{1m} NSMP υψηλού βαθμού ή αρνητικό σε υποδοχείς οιστρογόνων, ή p53abn, και β) Στάδιο IC_m NSMP υψηλού βαθμού ή αρνητικό σε υποδοχείς οιστρογόνων, ή p53abn. Για αυτές τις περιπτώσεις, υπάρχουν σπάνια δεδομένα που υποδηλώνουν ότι ο κίνδυνος υποτροπής είναι κάπως υψηλότερος από ό,τι για το καρκίνωμα χαμηλού κινδύνου. Ωστόσο, η επικουρική θεραπεία γενικά δεν συνιστάται (**IV, C**).

Σε προχωρημένο στάδιο νόσου, οι κατηγορίες αβέβαιοι κινδύνου αποτελούνται από: α) Στάδιο III_m POLE και β) Στάδιο IV_{Am} POLE. Για ασθενείς με στάδιο III_m POLE και IV_{Am} POLE, λόγω σπάνιων δεδομένων, δεν μπορούν να δοθούν σταθερές οδηγίες θεραπείας. Ωστόσο, μετά από συζήτηση διεπιστημονικής ομάδας κατά περίπτωση, μπορεί να εξεταστεί η **αποκλιμάκωση (de-escalation)** από τη θεραπεία υψηλού κινδύνου (**IV, B**).¹

Προχωρημένη Νόσος (Στάδια III και IV)

Χειρουργική για κλινικά εμφανή νόσο σταδίου III και IV

Σε ασθενείς με καρκίνο του ενδομητρίου σταδίου III και IV (συμπεριλαμβανομένου του καρκινοσαρκώματος), η χειρουργική κυτταρομείωση —συμπεριλαμβανομένης της εκτομής ύποπτων λεμφαδένων— θα πρέπει να εξετάζεται όταν είναι εφικτή η πλήρης μακροσκοπική εκτομή με αποδεκτή νοσηρότητα και ποιότητα ζωής, μετά από πλήρη προεγχειρητική σταδιοποίηση και συζήτηση από διεπιστημονική ομάδα (**IV, B**). Η συστηματική λεμφαδενεκτομή δεν συνιστάται· μόνο οι ύποπτοι λεμφαδένες πρέπει να εξαιρούνται ως μέρος της διαδικασίας κυτταρομείωσης (**IV, B**).

Μη εξαιρέσιμος καρκίνος σταδίου III ή IV

Για ασθενείς με μη εξαιρέσιμο στάδιο III ή IV λόγω τοπικής έκτασης της νόσου, οι συζητήσεις της διεπιστημονικής ομάδας πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τον μοριακό υποτύπο του όγκου κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την οριστική ακτινοθεραπεία (με εξωτερική ακτινοθεραπεία και απεικονιστικά καθοδηγούμενη βραχυθεραπεία) ή την πρωτογενή συστηματική θεραπεία (**IV, C**). Η απεικονιστικά καθοδηγούμενη βραχυθεραπεία συνιστάται για την ενίσχυση (boost) της θεραπείας στη μήτρα, τα παραμήτρια ή τον κόλπο (**IV, A**). Μετά από καλή ανταπόκριση στην πρωτογενή συστηματική θεραπεία, μπορεί να εξεταστεί η καθυστερημένη χειρουργική επέμβαση, ανάλογα με την καταλληλότητα της ασθενούς για χειρουργείο, τη δυνατότητα πλήρους μακροσκοπικής εκτομής και τις επιθυμίες της ασθενούς (**IV, C**). Εάν δεν υπάρχει ένδειξη για χειρουργική επέμβαση, μπορεί να εξεταστεί περαιτέρω συστηματική θεραπεία ή οριστική ακτινοθεραπεία (**IV, C**).

Διαχείριση Ατελούς Πρωτογενούς Χειρουργικής Επέμβασης

Οι ασθενείς με ατελή πρωτογενή χειρουργική επέμβαση πρέπει να παραπέμπονται σε εξειδικευμένο κέντρο (**IV, A**).

Χωρίς υπολειμματική νόσο

Σε υποτιθέμενη νόσο πρώιμου σταδίου χωρίς υπολειμματική νόσο (βάσει της αρχικής χειρουργικής έκθεσης και της μετεγχειρητικής απεικόνισης), η επανεπέμβαση πρέπει να αποφεύγεται σε ασθενείς με νόσο χαμηλού κινδύνου όπως ορίζεται από

παθολογοανατομικούς και μοριακούς παράγοντες (IV, B). Εάν η ασθενής είναι υποψήφια για χειρουργείο, ο τράχηλος πρέπει να αφαιρείται. Σε περιπτώσεις χωρίς προηγούμενη σταδιοποίηση λεμφαδένων, ο φρουρός λεμφαδένας πρέπει να αξιολογείται με τραχηλική έγχυση. Εάν ο φρουρός λεμφαδένας δεν μπορεί να ανιχνευθεί, η σταδιοποίηση των λεμφαδένων ακολουθεί τις τυπικές αρχές που χρησιμοποιούνται στην πρωτογενή χειρουργική επέμβαση (IV, B).

Η επανεπέμβαση με υποκολική (ολική ή μερική) επιπλεκτομή μπορεί να εξεταστεί σε ορώδες καρκίνωμα του ενδομητρίου, καρκινোসάρκωμα και αδιαφοροποίητο καρκίνωμα περιορισμένο στη μήτρα, εάν το αποτέλεσμα μπορεί να έχει επίπτωση στη στρατηγική επικουρικής θεραπείας και μετά από προσεκτική αξιολόγηση της νοσηρότητας της διαδικασίας (IV, B). Καθώς η αξιολόγηση του φρουρού λεμφαδένα δεν μπορεί να γίνει σε περιπτώσεις προηγούμενης ολικής υστερεκτομής, η συστηματική πυελική λεμφαδενεκτομή πρέπει να εξετάζεται μόνο σε ασθενείς που δεν είναι χαμηλού κινδύνου και εάν μπορεί να τροποποιήσει την επικουρική θεραπεία, καθώς ο θεραπευτικός της ρόλος δεν έχει τεκμηριωθεί (IV, B).

Υπολειμματική νόσος

Η υπολειμματική νόσος στους λεμφαδένες (πυελικούς ή παρα-αορτικούς) μετά από χειρουργική επέμβαση πρέπει να αξιολογείται για εκτομή εάν η αρχική εκτομή δεν πραγματοποιήθηκε σε εξειδικευμένο κέντρο (V, A). Εάν η υπολειμματική νόσος στους λεμφαδένες δεν είναι εξαιρεσίμη, πρέπει να χρησιμοποιείται πρωτογενής συστηματική θεραπεία λαμβάνοντας υπόψη το μοριακό προφίλ, εξωτερική ακτινοθεραπεία, ή και τα δύο (I, A). Η εξωτερική ακτινοθεραπεία πρέπει να χορηγείται σε πυελικούς λεμφαδένες με ή χωρίς παρα-αορτικούς λεμφαδένες, με κλιμάκωση δόσης στους εμπλεκόμενους λεμφαδένες χρησιμοποιώντας ενσωματωμένη ενίσχυση (integrated boost) (IV, B).

Υποτροπιάζουσα Νόσος

Τοπικοπεριοχική υποτροπή

Ασθενείς χωρίς προηγούμενη ακτινοθεραπεία: Για τοπικοπεριοχική υποτροπή, η προτιμώμενη πρωτογενής θεραπεία πρέπει να είναι η εξωτερική ακτινοθεραπεία με ή χωρίς απεικονιστικά καθοδηγούμενη βραχυθεραπεία και με ή χωρίς χημειοθεραπεία (IV, A). Για υποτροπή στον κολ-

πικό κολόβωμα, συνιστάται πυελική εξωτερική ακτινοθεραπεία συν ενδοκοιλιακή απεικονιστικά καθοδηγούμενη βραχυθεραπεία (με ή χωρίς διάμεση απεικονιστικά καθοδηγούμενη βραχυθεραπεία) (IV, A). Σε περιπτώσεις επιφανειακών όγκων, η ενδοκοιλιακή απεικονιστικά καθοδηγούμενη βραχυθεραπεία μόνη της μπορεί να εξεταστεί ως εναλλακτική (IV, A). Ένας εύκολα προσβάσιμος, επιφανειακός κολπικός όγκος μπορεί να εξαιρεθεί κολπικά πριν από την ακτινοθεραπεία (IV, C).

Ασθενείς με προηγούμενη ακτινοθεραπεία:

Μετά από προηγούμενη επικουρική βραχυθεραπεία μόνο, συνιστάται ενίσχυση (boost) με εξωτερική ακτινοθεραπεία και απεικονιστικά καθοδηγούμενη βραχυθεραπεία (IV, C). Μετά από προηγούμενη εξωτερική ακτινοθεραπεία (με ή χωρίς βραχυθεραπεία), ο μοριακός υποτύπος θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη ριζική χειρουργική επέμβαση (IV, A) ή χημειοθεραπεία και αναστολές σημείων ελέγχου του ανοσοποιητικού, ακολουθούμενη από αναστολές σημείων ελέγχου σε ασθενείς με MMRd όγκους που δεν έχουν λάβει προηγουμένως τέτοια θεραπεία (II, B). Η ριζική χειρουργική επέμβαση πρέπει να γίνεται μόνο εάν η πλήρης εκτομή με καθαρά όρια με θεραπευτικό σκοπό φαίνεται εφικτή με αποδεκτή νοσηρότητα (IV, A). Εάν η ριζική χειρουργική επέμβαση δεν είναι εφικτή, θα πρέπει να εξετάζεται η πρωτογενής συστηματική θεραπεία, λαμβάνοντας υπόψη το μοριακό προφίλ (IV, B). Η επανακτινοβολήση με θεραπευτικό σκοπό θα μπορούσε να εξεταστεί σε εξειδικευμένο κέντρο για ασθενείς με προηγούμενη εξωτερική ακτινοθεραπεία για τους οποίους η χειρουργική επέμβαση δεν είναι εφικτή (IV, C).¹

Ολιγομεταστατική υποτροπή

Ασθενείς με ολιγομεταστατική νόσο (μεταξύ μίας και πέντε μεταστάσεων σε έως τρεις περιοχές) πρέπει να εξετάζονται για τοπική θεραπεία. Οι επιλογές θεραπείας περιλαμβάνουν (IV, B) χειρουργική επέμβαση, ριζική ακτινοθεραπεία — συμπεριλαμβανομένης της στερεοτακτικής ακτινοθεραπείας— και τεχνικές τοπικής κατάλυσης (ablation). Μετά την τοπική θεραπεία, θα μπορούσε να εξεταστεί συστηματική θεραπεία (IV, C).

Διάχυτη υποτροπιάζουσα νόσος

Σε υποτροπιάζουσα διάχυτη νόσο (συμπεριλαμβανομένης της περιτοναϊκής και λεμφαδενικής

υποτροπής), η χειρουργική επέμβαση θα πρέπει να εξετάζεται μόνο εάν είναι εφικτή η πλήρης μακροσκοπική εκτομή με αποδεκτή νοσηρότητα και ποιότητα ζωής. Η συστηματική θεραπεία ή η ακτινοθεραπεία θα πρέπει να εξετάζονται μετεγχειρητικά, ανάλογα με την έκταση και το πρότυπο της υποτροπής και την ποσότητα της υπολειμματικής νόσου (**IV, B**). Εάν η χειρουργική επέμβαση δεν είναι εφικτή, θα πρέπει να εξετάζεται η συστηματική θεραπεία. Η παρηγορητική χειρουργική μπορεί να γίνει σε επιλεγμένες περιπτώσεις για την ανακούφιση των συμπτωμάτων (π.χ. αιμορραγία, συρίγγιο ή εντερική απόφραξη) (**IV, B**). Η παρηγορητική ακτινοθεραπεία ενδείκνυται για συμπτώματα που σχετίζονται με πυελική ή συστηματική νόσο (**IV, A**).

Συστηματική Θεραπεία

Πρώτης γραμμής συστηματική θεραπεία

Η κατάσταση επιδιόρθωσης ταιριάσματος (Mismatch repair) πρέπει να λαμβάνεται υπόψη για τον καθορισμό της επιλογής θεραπείας πρώτης γραμμής.

- Ασθενείς με **MMRd** όγκους πρέπει να προσφέρεται ανοσοθεραπεία (immune checkpoint inhibitors) (π.χ. **dostarlimab, durvalumab ή pembrolizumab**) σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία carboplatin-paclitaxel, ακολουθούμενη από ανοσοθεραπεία ως θεραπεία συντήρησης (**I, A**).
- Ασθενείς με **non-MMRd** όγκους με ταχέως αναπτυσσόμενη ή συμπτωματική νόσο πρέπει να προσφέρεται χημειοθεραπεία carboplatin-paclitaxel (**I, A**). Οι αναστολείς σημείων ελέγχου συν χημειοθεραπεία, ακολουθούμενοι από αναστολείς σημείων ελέγχου ως θεραπεία συντήρησης - Ανοσοθεραπεία (π.χ. dostarlimab ή pembrolizumab), ή αναστολείς σημείων ελέγχου συν χημειοθεραπεία, ακολουθούμενοι από αναστολείς σημείων ελέγχου και αναστολείς PARP ως θεραπεία συντήρησης (π.χ. **durvalumab και olaparib**), μπορούν να εξεταστούν ως éναλλακτική (**I, B**).
- Εάν οι αναστολείς σημείων ελέγχου (με ή χωρίς αναστολείς PARP) αντενδείκνυται για ασθενείς με όγκο **HER2 3+** (ισχυρή υπερέκφραση), μπορεί να εξεταστεί ο συνδυασμός carboplatin-paclitaxel συν **trastuzumab** (**II, B**).
- Το τυπικό σχήμα χημειοθεραπείας είναι έξι κύκλοι carboplatin-paclitaxel (**I, A**).

Σε χαμηλού βαθμού κακοήθειας, θετικούς σε υποδοχείς οιστρογόνων, ασυμπτωματικούς,

προχωρημένους ή αργά αναπτυσσόμενους υποτροπιάζοντες όγκους, η ενδοκρινική θεραπεία είναι η προτιμώμενη συστηματική θεραπεία. Σε αυτές τις περιπτώσεις, συνιστώνται προγεστίνες (**medroxyprogesterone ή megestrol**) (**III, A**). Εναλλακτικές λύσεις περιλαμβάνουν αναστολείς αρωματάσης και ταμοξιφαίνη (**IV, C**).¹

Δεύτερης γραμμής συστηματική θεραπεία

Ασθενείς που δεν έχουν λάβει αναστολείς σημείων ελέγχου ως μέρος της θεραπείας πρώτης γραμμής πρέπει να εξετάζονται για αναστολείς σημείων ελέγχου ως θεραπείες δεύτερης γραμμής. Η θεραπεία πρέπει να βασίζεται στην κατάσταση επιδιόρθωσης ταιριάσματος.

- Για ασθενείς με **MMRd** όγκους που δεν έχουν λάβει προηγουμένως ανοσοθεραπεία, η προτιμώμενη επιλογή πρέπει να είναι η μονοθεραπεία με αναστολέα σημείων ελέγχου, όπως **dostarlimab ή pembrolizumab** (**III, A**). Το Pembrolizumab συν lenvatinib θα μπορούσε να εξεταστεί (**I, B**).
- Ασθενείς με **non-MMRd** όγκους που δεν έχουν λάβει προηγουμένως ανοσοθεραπεία πρέπει να προσφέρεται **pembrolizumab και lenvatinib** (**I, A**). Για ασθενείς για τους οποίους το pembrolizumab και lenvatinib δεν είναι κατάλληλο, δεν υπάρχει τυπική συστηματική θεραπεία. Συνδυασμός πλατίνας, doxorubicin, εβδομαδιαία paclitaxel ή ενδοκρινική θεραπεία θα μπορούσε να προσφερθεί (**IV, B**).

Παρακολούθηση (Follow-up) και Εκπαίδευση Ασθενών

Οι ασθενείς με καρκίνο του ενδομητρίου πρέπει να ενημερώνονται ενεργά και να συμβουλευονται σχετικά με την παρακολούθησή τους (συμπεριλαμβανομένων προγραμμάτων για μακροχρόνια επιβίωση - survivorship) (**V, A**). Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται για τα σημεία και συμπτώματα υποτροπής του καρκίνου του ενδομητρίου και τις μακροχρόνιες παρενέργειες των ιατρικών παρεμβάσεων (**V, A**). Πρέπει να ενημερώνονται ότι οι πρωταρχικοί στόχοι της παρακολούθησης περιλαμβάνουν την ψυχοκοινωνική βοήθεια και την ανίχνευση προβλημάτων υγείας, αλλά ότι δεν υπάρχουν στοιχεία ότι οι επισκέψεις παρακολούθησης βελτιώνουν τη συνολική επιβίωση (**V, A**). Συνιστάται μια εξατομικευμένη προσέγγιση παρακολούθησης με βάση ατομικούς παράγοντες,

όπως προγνωστικοί παράγοντες (π.χ. μοριακή ταξινόμηση), εφαρμοσμένες θεραπευτικές μέθοδοι, πιθανές οξείες και μακροχρόνιες παρενέργειες, συννοσηρότητες και οι ανάγκες των ασθενών (V, A). Η παρακολούθηση πρέπει να περιλαμβάνει αξιολόγηση της σωματικής (π.χ. καρδιαγγειακές συννοσηρότητες και δευτερογενείς καρκίνοι) και ψυχικής υγείας (V, A).

Οι ιατροί ενθαρρύνονται να ενδυναμώνουν τους ασθενείς να συμμετέχουν ενεργά στη λήψη αποφάσεων και στην αυτοδιαχείριση (V, B). Ο προσυμπτωματικός έλεγχος καρκίνου, η ιατρική παρακολούθηση και τα προγράμματα εμβολιασμού σύμφωνα με τις τοπικές οδηγίες θα πρέπει να συνιστώνται σε όλους τους ασθενείς (V, A). Συμβουλευτική για τον τρόπο ζωής σχετικά με τη σωματική δραστηριότητα, την ισορροπημένη διατροφή, το υγιές βάρος και τη διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να προσφέρεται τακτικά (V, A). Η πρόσβαση σε ψυχο-ογκολογική υποστήριξη και ομάδες υποστήριξης ασθενών θα πρέπει να είναι διαθέσιμη (V, A). Η ποιότητα ζωής, η σεξουαλική υγεία, η διαχείριση της εμμηνόπαυσης και οι παρενέργειες της θεραπείας θα πρέπει να αντιμετωπίζονται επανειλημμένα (V, A).¹

Με βάση τη σύγκριση της προηγούμενης κατευθυντήριας οδηγίας της ΕΜΓΕ (Οκτώβριος 2020, η οποία βασιζόταν κυρίως σε κλινικοπαθολογικά κριτήρια) και της νέας επικαιροποίησης των οδηγιών της ESGO (2025), οι αλλαγές είναι δραστικές και αφορούν κυρίως την ενσωμάτωση της μοριακής βιολογίας στην κλινική πράξη.

Κύριες Αλλαγές (ΕΜΓΕ 2020 vs ESGO 2025)

1. Μοριακή Ταξινόμηση & Σταδιοποίηση (FIGO 2023):

- **Παλιά Οδηγία (2020):** Η ταξινόμηση κινδύνου βασιζόταν αποκλειστικά σε ιστολογικά χαρακτηριστικά (τύπος, βαθμός διαφοροποίησης, βάθος διήθησης, LVSI).
- **Νέα Οδηγία (2025):** Ενσωματώνεται πλήρως η **μοριακή ταξινόμηση** (POLEmut, MMRd, NSMP, p53abn) και το νέο σύστημα σταδιοποίησης **FIGO 2023**. Πλέον, η μοριακή υπογραφή καθορίζει το στάδιο (π.χ. IAm POLEmut, IICm p53abn) και την πρόγνωση, υπερισχύοντας συχνά των κλασικών ιστολογικών ευρημάτων.

2. Ομάδες Κινδύνου & Επικουρική Θεραπεία:

- **Παλιά Οδηγία (2020):** Οι θεραπευτικές αποφάσεις βασιζόνταν στις παθολογοανατομικές ομάδες κινδύνου (Χαμηλού, Μεσαίου, Υψηλού-Μεσαίου, Υψηλού).
- **Νέα Οδηγία (2025):** Οι ομάδες κινδύνου επανακαθορίζονται με βάση το μοριακό προφίλ. Αυτό οδηγεί σε **αποκλιμάκωση** θεραπείας για ασθενείς με μετάλλαξη POLE (συχνά καμία επικουρική θεραπεία ακόμα και σε προχωρημένα στάδια) και **εντατικοποίηση** (χημειοθεραπεία/ακτινοθεραπεία) για ασθενείς με p53abn (υψηλού κινδύνου ανεξαρτήτως ιστολογίας).

3. Συστηματική Θεραπεία (Ανοσοθεραπεία):

- **Παλιά Οδηγία (2020):** Η βασική θεραπεία για προχωρημένη νόσο ήταν ο συνδυασμός καρβοπλατίνης-πακλιταξέλης και ορμονοθεραπείας.
- **Νέα Οδηγία (2025):** Εισάγεται η **ανοσοθεραπεία** (αναστολείς σημείων ελέγχου) ως πρότυπο φροντίδας. Για καρκινώματα MMRd (ανεπάρκεια επιδιορθωτικών μηχανισμών), συστήνεται ο συνδυασμός χημειοθεραπείας με ανοσοθεραπεία στην πρώτη γραμμή για προχωρημένη/υποτροπιάζουσα νόσο.

4. Λεμφαδενική Σταδιοποίηση:

- **Νέα Οδηγία (2025):** Εδραιώνεται η βιοψία του **φρουρού λεμφαδένα** ως η προτιμώμενη μέθοδος σταδιοποίησης για όλες τις ασθενείς με νόσο περιορισμένη στη μήτρα, αντικαθιστώντας τη συστηματική λεμφαδενεκτομή σε πολλές περιπτώσεις.

Τι αλλάζει από την προηγούμενη κατευθυντήρια οδηγία της ΕΜΓΕ

Οι παρούσες οδηγίες αποτελούν επικαιροποίηση βασισμένη στις συστάσεις των ESGO-ESTRO-ESP του 2025. Οι σημαντικότερες αλλαγές σε σχέση με την προηγούμενη οδηγία (2020) συνοψίζονται στα εξής:

- **Ενσωμάτωση Μοριακής Ταξινόμησης:** Καθιερώνεται η μοριακή ταξινόμηση (POLEmut, MMRd, NSMP, p53abn) ως απαραίτητο στοιχείο για τον καθορισμό της πρόγνωσης και της θεραπείας, αντικαθιστώντας ή συμπληρώνοντας τα κλασικά κλινικοπαθολογικά κριτήρια.

- **Νέα Σταδιοποίηση FIGO 2023:** Υιοθετείται το αναθεωρημένο σύστημα σταδιοποίησης FIGO 2023, το οποίο ενσωματώνει τα μοριακά χαρακτηριστικά και επανακαθορίζει τα στάδια της νόσου (π.χ. στάδια IA_m POLEmut, IIC_m p53abn).
- **Εξατομίκευση Επικουρικής Θεραπείας:** Τροποποιούνται οι συστάσεις επικουρικής θεραπείας βάσει του μοριακού προφίλ, επιτρέποντας την αποκλιμάκωση της θεραπείας σε ασθενείς με POLEmut (παράλειψη επικουρικής θεραπείας) και την εντατικοποίηση σε ασθενείς με p53abn (χρήση συνδυασμένης χημειο-ακτινοθεραπείας).
- **Εισαγωγή Ανοσοθεραπείας:** Συστήνεται η προσθήκη ανοσοθεραπείας (αναστολέων σημείων ελέγχου) στη χημειοθεραπεία πρώτης γραμμής για ασθενείς με προχωρημένο ή υποτροπιάζοντα καρκίνο ενδομητρίου με ανεπάρκεια επιδιορθωτικών μηχανισμών (MMRd).
- **Διαχείριση Λεμφαδένων:** Η βιοψία του φρουρού λεμφαδένα αποτελεί την προτιμώμενη μέθοδο σταδιοποίησης για νόσο περιορισμένη στη μήτρα, με έμφαση στο ultrastaging.

Ομάδα απόδοσης στην ελληνική γλώσσα

Λυγίζος Βασίλειος

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Αθήνα

Βασίλειος Περγιαλιώτης

Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Αθήνα

Θωμάκος Νικόλαος

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).