

Cancerul de col uterin

Recomandările ESMO pentru diagnosticare, tratament și monitorizare

C. Haie-Meder¹, P. Morice² & M. Castiglione³
Din partea Grupului de Lucru ESMO pentru Ghiduri Terapeutice *

¹Department of Radiology,

²Surgery Service, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France

³Institute of Social and Preventive Medicine (ISPM), University of Geneva, Geneva, Switzerland

*Correspondența se trimite la: ESMO Guidelines Working Group, ESMO Head Office, Via L. Taddei 4, CH-6962 Viganello-Lugano, Switzerland;

E-mail: clinicalrecommendations@esmo.org

Aprobat de Grupul de Lucru ESMO pentru Ghiduri Terapeutice: Ianuarie 2008.

Annals of Oncology 20 (Supplement 4): iv27–iv28, 2009 doi:10.1093/annonc/mdp119

Incidență

Incidența anuală a cancerului de col uterin (cancer cervical) în Uniunea Europeană este 13,2/100.000, iar mortalitatea este 5,9/100.000.

Diagnostic

Diagnosticul patologic ar trebui bazat pe examinarea unei biopsii chirurgicale și raportat în conformitate cu clasificarea WHO.

Stadializare

Procedurile utilizate pentru stadializare includ examinare ginecologică, hemogramă și analize biochimice (inclusiv teste funcționale renale și hepatice). IRM este superioară față de TC în ceea ce privește evaluarea extensiei tumorale, dar cele două metode sunt echivalente în ceea ce privește evaluarea invaziei limfoganglionare. Ca urmare, IRM abdominală și pelviană este preferabilă tomografiei computerizate [III, A]. Pentru depistarea leziunilor metastatice se poate face și TC toracică. Dozarea SCC poate fi utilă pentru monitorizarea pacientelor cu carcinom

epidermoid, atunci când valoarea este crescută înainte de inițierea tratamentului. Evaluarea invaziei limfoganglionare prin limfadenectomie pelviană și paraaortică este opțională, iar utilitatea PET este în curs de investigare.

Cel mai frecvent se folosește clasificarea FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstrétique), bazată pe examinarea clinică.

Tratament

Este obligatorie stabilirea strategiei terapeutice de către o echipă multidisciplinară, în funcție de volumul și extensia tumorii.

Stadiul FIGO IA1

Tratamentul standard constă în conizație cu margini libere sau histerectomie simplă (metoda se alege în funcție de vârsta pacientei) [III, B]. În caz de invazie limfovasculară se recomandă practicarea limfadenectomiei pelviene [III, B]. La paciențele cu afectare nodală tratamentul standard include și chimioradioterapie concomitentă [I, B].

Stadiul FIGO IA2

Tratamentul chirurgical este standard. Opțiunile sunt conizație sau trahelectomie (la paciențele tinere) și histerectomie simplă/radicală în restul cazurilor [III, B]. Este obligatorie limfadenectomia pelviană [III, B]. În caz de invazie a limfoganglionilor pelvieni tratamentul standard include și chimioradioterapie concomitentă [I, B].

Stadiul FIGO IB1

Pentru aceste paciente nu există tratament standard. Opțiunile sunt intervenția chirurgicală, iradierea externă asociată cu brahiterapie, sau tratament combinat (operație și iradiere) [III, B].

Intervenția chirurgicală standard presupune efectuarea histerectomiei radicale, ooforectomiei bilaterale (opțional) și limfadenectomiei pelviene. În caz de tumoră cu prognostic excelent

se poate lua în considerare intervenția conservatoare. Tratamentul combinat constă de obicei din brahiterapie preoperatorie urmată după 6-8 săptămâni de intervenție chirurgicală. La pacientele cu invazie limfoganglionară tratate chirurgical sau cu tratament combinat, tratamentul standard presupune adăugarea chimioradioterapiei concomitente [I, B].

Stadiul FIGO IB2-IVA

Tratamentul standard este chimioradioterapia concomitentă [I, A]. Această modalitate terapeutică este superioară radioterapiei singure în ceea ce privește controlul local al bolii, rata de recurențe metastatice, intervalul liber de boală și supraviețuirea, având însă toxicitate (gastrointestinală și hematologică) mai mare [I, A]. Beneficiile par a fi mai mici la pacientele cu boală avansată, stadiul III și IVA, comparativ cu pacientele cu boală stadiul IB2-IIA/B. În cadrul regimurilor de chimioradioterapie, folosirea asocierilor pe bază de săruri de platină rămâne standard. Iradierea externă se combină cu brahiterapia, iar durata totală a tratamentului nu ar trebui să depășească 55 zile [III, B]. Practicarea histerectomiei extrafasciale este opțională.

Folosirea chimioterapiei neoadjuvante rămâne controversată, fiind în curs de investigare în cadrul unui studiu condus de EORTC (55994).

Stadiul FIGO IVB

Este posibilă obținerea unor beneficii în urma folosirii unor regimuri de chimioterapie pe bază de săruri de platină [III, B].

Tratamentul bolii recurente (local sau la distanță)

Pentru majoritatea pacientelor opțiunea standard este chimioterapia paliativă. În cazuri selectate se poate face excizie chirurgicală largă (de obicei exenterație) și radioterapie.

Monitorizare

Se recomandă examinare clinică, examinare ginecologică și efectuarea de frotiuri Papanicolau (atenție la modificările specifice

care apar la pacientele iradiate) la intervale de 3 luni în primii 2 ani, 6 luni în următorii 3 ani și ulterior anual [III, C].

Notă

În parantezele pătrate sunt trecute nivelurile de evidență [I-V] și gradele de recomandare [A-D], așa cum sunt utilizate în cadrul Societății Americane de Oncologie Clinică (ASCO). Recomandările în dreptul cărora nu este trecut un grad de recomandare au fost considerate adecvate pentru practica clinică de către autorii experți și membrii consiliului director al ESMO.

Bibliografie

1. Arbyn M, Raifu AO, Autier P et al. Burden of cervical cancer in Europe: estimates for 2004. *Ann Oncol* 2007; 18: 1708–1715.
2. Bipat S, Glas AS, van der Velden J et al. Computed tomography and magnetic resonance imaging in staging of uterine cervical carcinoma: a systematic review. *Gynecol Oncol* 2003; 91: 59–66.
3. Bolli JA, Salvat J, Sarrazin R et al. Squamous cell carcinoma antigen: clinical utility in squamous cell carcinoma of the uterine cervix. *Gynecol Oncol* 1994; 55: 169–173.
4. Winter R. Conservative surgery for microinvasive carcinoma of the cervix. *J Obstet Gynaecol Res* 1998; 24: 433–436.
5. Benedet JL, Anderson GH. Stage IA carcinoma of the cervix revisited. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 1052–1059.
6. Gaducci A, Sartori E, Maggino T et al. The clinical outcome of patients with stage Ia1 and Ia2 squamous cell carcinoma of the uterine cervix: a Cooperation Task Force (CTF) study. *Eur J Gynaecol Oncol* 2003; 24: 513–516.
7. Landoni F, Maneo A, Colombo A et al. Randomised study of radical surgery versus radiotherapy for stage Ib–IIa cervical cancer. *Lancet* 1997; 350: 535–540.
8. Dargent D. Radical abdominal trachelectomy and pelvic lymphadenectomy with uterine conservation and subsequent pregnancy in the treatment of early invasive cervical cancer. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: 370–374.
9. Green JA, Kirwan JM, Tierney JF et al. Survival and recurrence after concomitant chemotherapy and radiotherapy for cancer of the uterine cervix: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2001; 358: 781–786.
10. Haie-Meder C, Fervers B, Fondrinier E et al. SOR guidelines for concomitant chemoradiotherapy for patients with uterine cervical cancers: evidence update bulletin 2004. *Ann Oncol* 2005; 16: 1600–1608.

11. Lukka H, Hirte H, Fyles A et al. Concurrent cisplatin-based chemotherapy plus radiotherapy for cervical cancer—a meta-analysis. *Clin Oncol* 2002; 14: 203–212.
12. Girinsky T, Rey A, Roche B et al. Overall treatment time in advanced cervical carcinomas: a critical parameter in treatment outcome. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1993; 27: 1051–1056.
13. Keys HM, Bundy TM, Stehman FB et al. Radiation therapy with and without extrafascial hysterectomy for bulky stage IB cervical carcinoma: a randomized trial of the Gynecologic Oncology Group. *Gynecol Oncol* 2003; 89: 343–353.
14. Timotheadou E, Gore ME. Neoadjuvant chemotherapy for locally advanced cervical cancer. *Eur J Cancer* 2003; 39: 2419–2421.
15. Tzioras S, Pavlidis N, Paraskevaidis E et al. Effects of different chemotherapy regimens on survival for advanced cervical cancer: systematic review and metaanalysis. *Cancer Treat Rev* 2007; 33: 24–38.
16. Kew FM, Roberts AP, Cruickshank DJ. The role of routine follow-up after gynaecological malignancy. *Int J Gynecol Cancer* 2005; 15: 413–419.
17. Kew FM, Cruickshank DJ. Routine follow-up after treatment for a gynaecological cancer: a survey of practice. *Int J Gynecol Cancer* 2006; 16: 380–384.