



Masarykův onkologický ústav

Standard

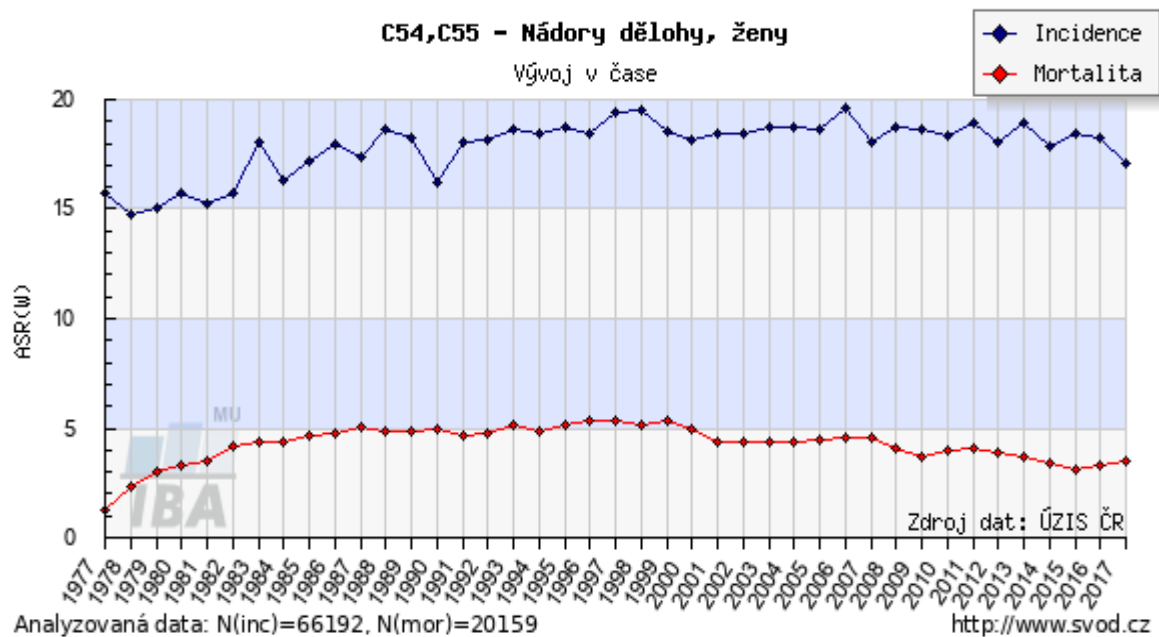
SEKCE:
NLPP

PŘEDMĚT/VÝKON/PROCEDURA
KARCINOM DĚLOŽNÍHO TĚLA

STRANA PROCEDURY:
1/10

1. Epidemiologie:

Zhoubné nádory těla děložního jsou nejčastější gynekologickou malignitou. Incidence má v posledních letech v České republice stoupající tendenci – v roce 2017 - 35,087 onemocnění na 100 tisíc žen, t. j. 1888 nových případů ročně. Souvisí to především s prodlužující se délkou života a aktivního hormonálního období ženy a s faktory, které řadíme mezi civilizační (obezita, diabetes, hypertenze) Mortalita je přitom relativně nízká a udržuje se na hladině cca 10 případů na 100 tisíc žen.



2. Etiologie:

Zhoubné tumory děložního těla představují heterogenní skupinu. O etiopatogenezi některých máme pouze minimální informace. Karcinomy endometria můžeme z etiopatogenetického hlediska rozdělit do dvou skupin. Nádory hormonálně dependentní vznikají stimulací endometria estrogény přes přednádorové stádia atypických glandulárních hyperplazií endometria, obvykle při působení dalších rizikových faktorů. Druhou skupinou jsou karcinomy vznikající v atrofickém endometriu bez zjevného působení estrogenů. Ojedinele vznikají nádory v dutině děložní po dlouhodobé antiestrogenní léčbě Tamoxifenem (cca 4%) a zcela vzácně metastaticky. Za rizikové faktory se považuje vysoký věk, obezita, vyšší příjem živočišných tuků a bílkovin, pozdní menopauza, nulliparita, ovariální poruchy s neoponovaným prolongovaným působením estrogenů, diabetes mellitus, hormonálně aktivní nádory ovaria, imunodeficitní onemocnění a imunosuprese. Na druhé straně jsou známé i protektivní - ochranné faktory, například vyšší parita, dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce.

3. Histologie:

I. epitelální nádory

Nejčastějším zhoubným nádorem děložního těla je adenokarcinom endometria vyskytující se v 83% případů.

- adenokarcinom - nejčastěji endometroidní, vzácnější papilární, sekreční
- adenokarcinom s dlaždicovou metaplazií (adenoakantom)

Další formy jsou méně časté, ale prognosticky velmi nepříznivé

Vypracoval: MUDr. Josef Chovanec, Ph. D.
Platnost od: 01. 10. 2016
Datum aktualizace: 01. 05. 2020
Aktualizaci provedl: MUDr. Magdalena Plch

Schválil:
Vedoucí multioborového týmu:
prim. MUDr. Josef Chovanec, Ph.D.

Poznámka:

Pořadové číslo:
NLPP 5.4.



- clear cell karcinom
- serózní papilární karcinom
- adenosquamozní karcinom
- spinocelulární karcinom (raritní)

Makroskopicky se karcinomy vyskytují ve dvou základních formách, a to ve formě exofytické, rostoucí převážně do děložní dutiny a ve formě méně příznivé – difúzní, zasahující do hlubších vrstev děložní stěny. Prognostickým faktorem se ukazuje také lokalizace nádoru v dutině děložní (fundus, hrany, rohy, istmus).

II. sarkomy těla děložního

Tvoří nesourodou skupinu pojivových nádorů s převážně nepříznivou prognózou.

Zásadním prognostickým faktorem je četnost buněčných mitóz. Podle jejich přítomnosti a počtu se dělí na nádory s nízkou (do 10 mitóz) – low grade a vysokou - high grade – potenciální malignitou. Dalšími faktory ovlivňujícími prognózu jsou stádium onemocnění a velikost tumoru.

Patří sem

- leiomyosarkom (low a high grade)
- endometrální stromální sarkom (low grade)
- nediferencovaný sarkom
- smíšené mesodermální nádory (adenosarkom a maligní smíšený mülleriánský nádor – karcinosarkom, homologní a heterologní)

4. Stanovení odpovědné osoby za diagnosticko – léčebný plán ošetřující lékař

5. Stanovení diagnózy - vyšetřovací metody:

Příznaky

Nejobvyklejším příznakem je krvácení nebo špinění v období menopauzy. Daleko obtížnější je vysledovat příznaky nepravidelnosti endometria v období kolem přechodu. Diagnóza se stanovuje na podkladě bioptického vyšetření materiálu získaného z dutiny děložní separovanou abrazí nebo hysteroskopií. Stanovení diagnózy sarkomu je možné obvykle pouze histologickým vyšetřením odstraněné dělohy.

Vyšetřovací metody

Staging ZN endometria je chirurgický. Rozdělení ZN endometria v době stanovení diagnózy na skupinu s vysokým a nízkým rizikem má zásadní význam pro volbu rozsahu operačního výkonu, který je pro léčbu zásadní.

a) Obligatorní vyšetření

- anamnéza
- somatické vyšetření + komplexní gynekologické, včetně vyšetření per rectum
- UZ vyšetření malé pánve vaginální sondou. Musí být popsán objem tumoru, změřena hloubky infiltrace do myometria, popsán stav vaječníků a event. přítomnost výpotku v malé pánvi.
- Toto vyšetření je doplněno o ultrasonografii dutiny břišní – játra, ledviny.
- histologický odběr získaný separovanou abrazí nebo hysteroskopií
- základní hematologické vyšetření včetně - KS, Rh, HBsAg
- základní biochemické vyšetření
- RTG plic

Vypracoval: MUDr. Josef Chovanec, Ph. D.
Platnost od: 01. 10. 2016
Datum aktualizace: 01. 05. 2020
Aktualizaci provedl: MUDr. Magdalena Plch

Schválil:
Vedoucí multioborového týmu:
prim. MUDr. Josef Chovanec, Ph.D.

Poznámka:

Pořadové číslo:

NLPP 5.4.



- V případě, že tato vyšetření nejsou dostatečná ke stanovení diagnosticko-terapeutické rozvahy a při podezření na rozvinuté onemocnění (stadium III a IV), připojujeme s přihlédnutím k zisku informace další fakultativní vyšetření.

b) Fakultativní vyšetření

- Ca 125, HE4
- CT břicha s posouzením retroperitonea, zejména se zhodnocením přítomnosti zvětšených uzlin v malé pánvi a paraaortální oblasti, posouzení jater.
- cystoskopie
- rektoskopie, kolonoskopie ev. irrigografie,
- DTPA nebo adekvátní vyšetření ledvin
- NMR ke zpřesnění rozsahu infiltrace do myometria, event. při stadiu II (poškození cervixu),
- PET – detekce poškození lymfatických uzlin a vzdálených metastáz

6. Klasifikace nádorů včetně případných rizikových skupin:

Diagnóza musí být ověřena histologicky a musí být stanoven grading. FIGO stadia jsou založena na chirurgickém stagingu. Regionálními mízními uzlinami jsou uzliny pánevní (obturatorní, vnitřní, zevní a společné ilické, parametriální, sakrální) a paraaortální uzliny.

FIGO klasifikace (2009)- rozdělení do stádií

A) Epiteliální tumory dělohy

TNM kategorie	FIGO stadia	
TX		Primární tumor nelze hodnotit
T1	I	Tumor ohraničený na tělo dělohy:
1a	IA	– invaze nepřítomna nebo invaze zasahující méně než do ½ tloušťky myometria
1b	IB	– invaze rovna nebo více než ½ myometria
T2	II	Nádor zasahuje do stromatu hrdla děložního, ale nešíří se mimo dělohu
T3	III	Lokální a/nebo regionální šíření nádoru
T3a	IIIA	– nádor prorůstá na serózu dělohy a/nebo na adnexa
T3b	IIIB	– prorůstání na pochvu a/nebo do parametrií
N1	IIIC IIIC1 IIIC2	Metastázy do pánevních/nebo paraaortálních mízních uzlin - metastázy do pánevních mízních uzlin - metastázy do paraaortálních mízních uzlin
T4	IVA	Nádor postihuje sliznici močového měchýře a/nebo sliznici střeva
M1	IVB	Vzdálené metastázy, včetně intraabdominálních metastáz, a/nebo poškození inguinálních uzlin

Vypracoval: MUDr. Josef Chovanec, Ph. D.
Platnost od: 01. 10. 2016
Datum aktualizace: 01. 05. 2020
Aktualizaci provedl: MUDr. Magdalena Plch

Schválil:
Vedoucí multioborového týmu:
prim. MUDr. Josef Chovanec, Ph.D.

Poznámka:

Pořadové číslo:
NLPP 5.4.



Masarykův onkologický ústav
Standard

SEKCE:
NLPP

PŘEDMĚT/VÝKON/PROCEDURA
KARCINOM DĚLOŽNÍHO TĚLA

STRANA PROCEDURY:
4/10

B) Leiomyosarkomy dělohy:

FIGO stadium	Popis
I	Tumor ohraničený na dělohu
IA	Tumor menší než 5 cm
IB	Tumor větší než 5 cm
II	Nádor se šíří do pánve
IIA	Nádor postihuje adnexa
IIB	Nádor se šíří na ostatní pánevní struktury
III	Nádor se šíří do dutiny abdominální
IIIA	Postihuje jeden orgán
IIIB	Postihuje více než jeden orgán
IIIC	Metastatické postižení pánevních a/nebo paraaortálních lymfatických uzlin
IV	
IVA	Postižení mukózy močového měchýře a/nebo střeva
IVB	Vzdálené metastázy

C) Endometriální stromální sarkomy/adenosarkomy dělohy

FIGO stadium	Popis
I	Tumor ohraničený na dělohu
IA	Tumor omezený na endometrium/endocervix bez myometrální/stromální invaze
IB	Invaze do poloviny nebo rovna polovině tloušťky myometria
IC	Invaze více než do poloviny tloušťky endometria
II	Nádor se šíří do pánve
IIA	Nádor postihuje adnexa
IIB	Nádor se šíří na ostatní pánevní struktury
III	Nádor se šíří do dutiny abdominální
IIIA	Postihuje jeden orgán
IIIB	Postihuje více než jeden orgán
IIIC	Metastatické postižení pánevních a/nebo paraaortálních lymfatických uzlin
IV	
IVA	Postižení mukózy močového měchýře a/nebo střeva
IVB	Vzdálené metastázy

Vypracoval: MUDr. Josef Chovanec, Ph. D.
Platnost od: 01. 10. 2016
Datum aktualizace: 01. 05. 2020
Aktualizaci provedl: MUDr. Magdalena Plch

Schválil:
Vedoucí multioborového týmu:
prim. MUDr. Josef Chovanec, Ph.D.

Poznámka:

Pořadové číslo:
NLPP 5.4.



7. Léčba dle klinického stadia:

Na základě stagingu a histologickopatologického typu jsou stanoveny dle ESMO-ESGO-ESTRO konsenzu (2016) rizikové skupiny, které jsou východiskem pro volbu rozsahu chirurgické a adjuvantní léčby.

Riziková skupina Definice

Low risk	Stadium I, endometroidní, G1-2, infiltrace myometria <50 %, LVSI negat.
Intermediate risk	Stadium I, endometroidní, G1-2, infiltrace myometria ≥50 %, LVSI negat.
High-intermediate risk	- Stadium I, endometroidní, G3, infiltrace myometria <50 %, nezávisle na stavu LVSI - Stadium I, endometroidní, G1-2, LVSI pozitivní, nezávisle na hloubce infiltrace myometria
High risk	- Stadium I, endometroidní, G3, infiltrace myometria ≥50 %, nezávisle na stavu LVSI - Stadium II - Stadium III, endometroidní, bez rezidua - Rizikový histologický typ (serózní, clear-cell, nediferencovaný karcinom, karcinosarkom)
Advanced	- Stadium III s reziduální nemocí - Stadium IVA
Metastatic	Stadium IVB

I. Chirurgická léčba:

Na základě výše uvedených rizikových skupin jsou stanoveny u karcinomu endometria tyto standardní léčebné postupy:

A) Low risk:

Hysterektomie + bilaterální adnexektomie (laparotomicky, laparoskopicky či roboticky asistovaně)

Pokud peroperačně provedené histologické kryo vyšetření, prováděné ke stanovení hloubky invaze a gradingu, přeřadí pacientku do skupiny s vysokým rizikem, je nutno operační výkon rozšířit jako u skupiny s vysokým rizikem.

U pacientek mladších 45let lze zvážit zachování vaječníků.

Při přání zachování fertility lze u pacientek s atypickou hyperplázií endometria či invazivním karcinomem, G1 nabídnout hormonoterapii progestiny za pravidelných hysteroskopických kontrol.

B) Intermediate, high-intermediate risk:

Hysterektomie + bilaterální adnexektomie (laparotomicky, laparoskopicky či roboticky asistovaně) +/- systematická aortopelvická lymfadenektomie

C) High risk:

Vypracoval: MUDr. Josef Chovanec, Ph. D.
Platnost od: 01. 10. 2016
Datum aktualizace: 01. 05. 2020
Aktualizaci provedl: MUDr. Magdalena Plch

Schválil:
Vedoucí multioborového týmu:
prim. MUDr. Josef Chovanec, Ph.D.

Poznámka:

Pořadové číslo:
NLPP 5.4.



Hysterektomie + bilaterální adnexektomie (laparotomicky, laparoskopicky či roboticky asistovaně) + systematická aortopelvicí lymfadenektomie

U clear-cell a serózního karcinomu je indikována hysterektomie, bilaterální adnexektomie, systematická aortopelvicí lymfadenektomie, appendektomie, random biopsie, laváž peritonea. Omentektomie je doporučována pouze u serózního karcinomu.

D) Advanced:

individuální postup – cíl: adekvátní výkon bez makroskopického rezidua

II) Adjuvantní léčba:**Doporučená adjuvantní terapie dle ESMO-ESGO-ESTRO (2016):**

Riziková skupina	Doporučená adjuvantní léčba
Low risk EEC	Bez adjuvantní terapie
Intermediate risk EEC	-Adjuvantní BRT -Bez adjuvantní terapie (možnost zejména u pacientek mladších 60 let)
High-intermediate risk EEC	<i>Chirurgický staging proveden, stav uzlin negat.:</i> - Adjuvantní BRT (snížení rizika relapsu v oblasti poševního pahýlu) - Bez adjuvantní léčby <i>Chirurgický staging neproveden, stav lymfatických uzlin neznámý:</i> - Adjuvantní EBRT při LVSI posit. (snížení rizika pánevní rekurence) - Adjuvantní BRT u G3, LVSI negat. (snížení rizika vaginální rekurence)
High risk EEC, st. I	<i>Chirurgický staging proveden, stav uzlin negat.:</i> - Adjuvantní EBRT s limitovaným polem (snížení rizika lokoregionálního relapsu) - Adjuvantní BRT <i>Chirurgický staging neproveden, stav lymfatických uzlin neznámý:</i> - adjuvantní EBRT - lze zvážit sekvenční adjuvantní chemoterapii
High risk EEC, st. II	<i>Chirurgický staging proveden, stav uzlin negat.:</i> - G1-2, LVSI negat.: BRT - G3 nebo LVSI posit.: EBRT ± BRT <i>Chirurgický staging neproveden, stav lymfatických uzlin neznámý:</i> - adjuvantní EBRT ± BRT - G3 nebo LVSI posit.: zvážit sekvenční adjuvantní chemoterapii
High risk EEC, st. III	IIIA, IIIB, IIIC1: Chemoterapie + EBRT IIIC2: Chemoterapie + extendované pole EBRT
High risk, jiný než endometroidní ca	<i>Serózní a clear-cell ca, kompletní staging:</i> - Chemoterapie - stadium IA, LVSI negat.: BRT bez CHT (možnost) - Stadium ≥ IB: CHT + EBRT (zvláště u N+) <i>Karcinosarkom a nediferencované karcinomy:</i> - chemoterapie - zvážit EBRT

Vypracoval: MUDr. Josef Chovanec, Ph. D.
Platnost od: 01. 10. 2016
Datum aktualizace: 01. 05. 2020
Aktualizaci provedl: MUDr. Magdalena Plch

Schválil:
Vedoucí multioborového týmu:
prim. MUDr. Josef Chovanec, Ph.D.

Poznámka:

Pořadové číslo:

NLPP 5.4.



Masarykův onkologický ústav
Standard

SEKCE:
NLPP

PŘEDMĚT/VÝKON/PROCEDURA
KARCINOM DĚLOŽNÍHO TĚLA

STRANA PROCEDURY:
7/10

Kurativní radioterapie (primární)

Primární radioterapie je metodou volby při kontraindikaci operačního řešení, odmítnutí operace nebo v případě inoperability. V závislosti na stadiu onemocnění může být radioterapie aplikována jako samostatná uterovaginální (resp. intrauterinní) brachyterapie nebo v kombinaci se zevní radioterapií či chemoterapií.

Paliativní radioterapie

Je indikována individuálně podle celkového stavu a podle rozsahu onemocnění.

V případě rozsáhlých krvácejících tumorů může být indikováno jednorázové hemostyptické zevní ozáření nebo brachyterapie.

8. Uvedení odpovědnosti za jednotlivé modalitky léčby u každého podílejícího se oboru:

Za chirurgickou léčbu je odpovědný onkogynekologický tým. U lokálně pokročilých onemocnění může být chirurgická léčba vedena multioborově ve spolupráci s urologem a chirurgem.

Radioterapie patří do kompetence radiačního onkologa. Za podávání chemoterapie je odpovědný vedoucí onkogynekologického oddělení, klinický onkolog a případně radiační onkolog (konkomitanti chemoterapie). Pacientky jsou referovány v Komisi pro gynekologické nádory.

9. Chemoterapeutické režimy:

Indikace

- adjuvantní léčba u klinického stadia T3, N1, event. v kombinaci s radioterapií
- paliativní léčba u klinického stadia IV
- léčba recidiv

Podmínky

- performans status WHO 0, 1, 2
- předpokládaná délka života více než 6 měsíců
- interkurentní onemocnění umožňují dodržet kurativní dávku CHT

Standardem adjuvantní chemoterapeutické léčby je 6 cyklů chemoterapie Paklitaxel/CBDCA v třítydenním intervalu.

Vypracoval: MUDr. Josef Chovanec, Ph. D.
Platnost od: 01. 10. 2016
Datum aktualizace: 01. 05. 2020
Aktualizaci provedl: MUDr. Magdalena Plch

Schválil:
Vedoucí multioborového týmu:
prim. MUDr. Josef Chovanec, Ph.D.

Poznámka:

Pořadové číslo:
NLPP 5.4.



Masarykův onkologický ústav
Standard

SEKCE:
NLPP

PŘEDMĚT/VÝKON/PROCEDURA
KARCINOM DĚLOŽNÍHO TĚLA

STRANA PROCEDURY:
8/10

Pooperační chemoterapie v rámci komplexní léčby

cytostatikum	dávka (mg/m ²)	den aplikace	opakování cyklu
cisplatina	50	1.	
doxorubicin	60	1.	à 24–28 dnů, 3–6 cyklů
cisplatina	50	1.	à 3 týdny
doxorubicin	45	1.	à 3 týdny
paklitaxel	160	1.	à 3 týdny
karboplatina	AUC 5–6	1.	
paklitaxel	175	1.	à 21–24 dnů, 3–6 cyklů
karboplatina	AUC 5–6	1.	
docetaxel	75	1.	à 3 týdny

*Tento režim zvážit v případě kontraindikace paklitaxelu

Monoterapie: CBDCA, DDP, doxorubicin, paklitaxel.

Poznámka: cisplatinu lze nahradit CBDCA v odpovídající dávce, při toxicitě, vyšším věku doporučeno redukovat na dvojkombinaci platinového derivátu a antracyklinu.

Paliativní chemoterapie pokročilého a metastatického onemocnění

Neexistuje standardní II. linie léčby. Určitá skupina pacientek, které dosáhly kompletní odpovědi na chemoterapii a relabují až po několika měsících od ukončení léčby, by mohla mít benefit z opakovaného přeléčení režimem na bázi platiny a taxanu. Pacientky, které zrelabují brzo po iniciální terapii, mají pouze limitované možnosti. Na rozhodování o další terapii mají vliv PS, předchozí RT na oblast pánve a rozsah diseminace onemocnění.

Kombinovaná chemoterapie

cytostatikum	dávka (mg/m ²)	den aplikace	opakování cyklu
PAC			
cisplatina	50	1.	
doxorubicin	50	1.	
CFA	500	1.	à 24–28 dnů
cisplatina	50	1.	à 4 týdny
doxorubicin	60	1.	à 4 týdny
karboplatina	AUC 5–6	1.	à 3 týdny
paklitaxel	175	1.	à 3 týdny
paklitaxel	135	1.	à 3 týdny
doxorubicin	60	1.	à 3 týdny
cisplatina	50	1.	à 3 týdny

Monoterapie: CBDCA, cisplatina, doxorubicin, paklitaxel.

Taxany (paklitaxel, docetaxel) nejsou dle SPC určeny k léčbě nádorů děložního těla.

Poznámka: cisplatinu lze nahradit CBDCA v odpovídající dávce, při toxicitě, vyšším věku doporučeno redukovat na dvojkombinaci platinového derivátu a antracyklinu.

*Do kumulativní dávky antracyklinů.

Vypracoval: MUDr. Josef Chovanec, Ph. D.
Platnost od: 01. 10. 2016
Datum aktualizace: 01. 05. 2020
Aktualizaci provedl: MUDr. Magdalena Plch

Schválil:
Vedoucí multioborového týmu:
prim. MUDr. Josef Chovanec, Ph.D.

Poznámka:

Pořadové číslo:
NLPP 5.4.



Masarykův onkologický ústav
Standard

SEKCE:
NLPP

PŘEDMĚT/VÝKON/PROCEDURA
KARCINOM DĚLOŽNÍHO TĚLA

STRANA PROCEDURY:
9/10

Chemoterapie sarkomů

Leiomyosarkom těla děložního

- nejúčinnější monoterapie: doxorubicin, v případě kombinované terapie je preferovaným režimem kombinace docetaxel/ gemcitabin,
- doporučení pro další kombinované režimy je stejné jako doporučení pro sarkomy měkkých tkání

cytostatikum	dávka (mg/m ²)	den aplikace	opakování cyklu
doxorubicin	60–75	1.	à 3 týdny
doxorubicin	50	1.	
ifosfamid	5 g/m ²	24 hod.	à 3–4 týdny
Mesna	kontinuálně		
gemcitabin	900	1., 8.	
docetaxel	100	8.	à 3 týdny
doxorubicin	60	1.	
dakarbazin	750	1.	à 3 týdny

Další možnosti monoterapie: dakarbazin, doxorubicin, epirubicin, ifosfamid, gemcitabin, pazopanib.

*Docetaxel a gemcitabin nejsou dle SPC k léčbě sarkomů schváleny (nutno se souhlasem RL).

Hormonoterapie

se používá v paliativní léčbě, pokud se jedná o dobře diferencovaný nádor s delším bezpříznakovým obdobím a pozitivními steroidními receptory (zejména progesteronovými receptory) je metodou volby lépe tolerována a stejně účinná hormonoterapie. V rámci hormonoterapie lze použít gestageny (megestrol acetát v dávce 160 mg/denně nebo medroxyprogesteron acetát v dávce 200 mg/denně) nebo tamoxifen a výjimečně inhibitory aromatáz (letrozol, anastrozol, exemestan).

Léčba recidiv

Léčebná strategie závisí na rozsahu a lokalizaci recidivy či progresu onemocnění, na době uplynulé od primární léčby a použitých předchozích léčebných modalitách. Nutný je individuální postup s využitím monoterapeutických postupů (radioterapie, chemoterapie a hormonoterapie), nebo jejich kombinací. Léčebný postup určuje Komise pro gynekologické malignity.

10. Doporučení sledování:

- kontrola za měsíc po skončené léčbě
- další kontroly po třech měsících do konce 2. roku od ukončení léčby
- v 3-5 roku sledování po 6 měsících
- dále kontroly 1x ročně

Prováděná vyšetření:

- komplexní gynekologické vyšetření
- UZ malé pánve vaginální sondou (ev. abdominální či rektální UZ)

Vypracoval: MUDr. Josef Chovanec, Ph. D.
Platnost od: 01. 10. 2016
Datum aktualizace: 01. 05. 2020
Aktualizaci provedl: MUDr. Magdalena Plch

Schválil:
Vedoucí multioborového týmu:
prim. MUDr. Josef Chovanec, Ph.D.

Poznámka:

Pořadové číslo:

NLPP 5.4.



Masarykův onkologický ústav
Standard

SEKCE:
NLPP

PŘEDMĚT/VÝKON/PROCEDURA
KARCINOM DĚLOŽNÍHO TĚLA

STRANA PROCEDURY:
10/10

- Ca 125 fakultativně
- v případě známek recidivy dle uvážení dispenzarizujícího lékaře

11. Stanovení odpovědné osoby za sledování:

Dispenzarizace pacientek je vedena lékařem onkogynekologické ambulance. Pacientky, které podstupují radioterapii jsou současně sledovány radiačním onkologem.

12. Literatura:

1. Chovanec J., Feranec R., Mouková L., Rob L., Halaška M., Špaček J., Kučera E., Kubecová M., Stankušová H., Melichar B., Svoboda T: Guideline gynekologických zhoubných nádorů: Standard – Komplexní léčba zhoubných nádorů endometria. http://www.onkogynekologie.com/wp-content/uploads/2011/03/Guideline_C54_2013.pdf
2. Cibula, D., Petruželka, L. a kolektiv: Onkogynekologie, 1. vydání, Grada Publishing a.s., Praha, 2009: s.: 457 – 497.
3. Ayhan, A., Reed, N., Gultekin, M., Dursun, P.: Textbook of Gynaecological Oncology, 2. vydání, Gunes Publishing, Ankara, 2012.
4. Princ D., Garčicová J., Šlampa P. a kol.: Zhoubné nádory děložního těla. In: Šlampa P. a kol.: Radiační onkologie v praxi, Třetí aktualizované vydání. Masarykův onkologický ústav, Brno, 2011, s. 157 – 161, ISBN 978-80-86793-
5. <http://www.svod.cz/analyse.php?modul=incmor#>
6. Klopp A, Smith BD, Alektiar K, et al. The role of postoperative radiation therapy for endometrial cancer: executive summary of an american society for radiation oncology evidence-based guideline. Pract Radiat Oncol. 2014;4:137-144
7. Miller D, Filiaci V, Fleming G, et al. Randomized phase III noninferiority trial of first line chemotherapy for metastatic or recurrent endometrial carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study [abstract]. Gynecol Oncol 2012;125:771.
8. Homesley HD, Filiaci V, Gibbons SK, et al. A randomized phase III trial in advanced endometrial carcinoma of surgery and volume directed radiation followed by cisplatin and doxorubicin with or without paclitaxel: A Gynecologic Oncology Group study. Gynecol Oncol 2009;112:543-552.
9. Homesley HD, Filiaci V, Markman M, et al. Phase III trial of ifosfamide with or without paclitaxel in advanced uterine carcinosarcoma: a Gynecologic Oncology Group Study. J Clin Oncol 2007;25:526-531.
10. Novotný J., Vitek P., Kleibl Z. A kolektiv: Onkologie v klinické praxi, Standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů, 3. vydání, Mladá fronta a.s., 2019, s. 425-433

Vypracoval: MUDr. Josef Chovanec, Ph. D.
Platnost od: 01. 10. 2016
Datum aktualizace: 01. 05. 2020
Aktualizaci provedl: MUDr. Magdalena Plch

Schválil:
Vedoucí multioborového týmu:
prim. MUDr. Josef Chovanec, Ph.D.

Poznámka:

Pořadové číslo:
NLPP 5.4.