

Over Kanseri Cerrahisi

Cep
Rehberi

guidelines.esgo.org





OVER KANSERİ CERRAHİSİ CEP REHBERİ

ESGO Guidelines for
Ovarian Cancer Surgery

temel alınmıştır

Querleu, D., Planchamp, F., Chiva, L., Fotopoulou, C., Barton, D., Cibula, D.,
... du Bois, A. (2017). European Society of Gynaecological Oncology (ESGO)
Guidelines for Ovarian Cancer Surgery. International Journal of Gynecological
Cancer, 27(7), 1534–1542. DOI: 10.1097/IGC.0000000000001041

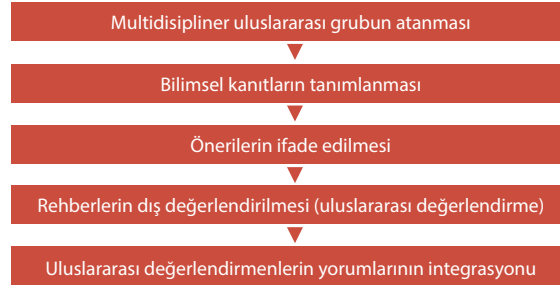
ESGO olarak over kanseri hastalarının cerrahi yönetiminde bu kılavuzların geliştirilmesine imkan tanıyan daima ulaşabildiğimiz uluslararası kalkınma grubuna çalışmalarından dolayı teşekkür ediyoruz. Aynı zamanda altmışaltı uluslararası dış reviewer'a katılımlarından dolayı minnettarız (Liste ESGO website'sinde görülebilir).

Ulusal Kanser Enstitüsü'ne (France) bu konuda ana finansman konusunda desteklerinden dolayı şükranlarımızı sunuyoruz.

İsim	Uzmanlık Alanı	Kurum
Denis Querleu	Jineolog Onkolog (Başkan)	Institut Bergonie, Bordeaux (France)
François Planchamp	Metodolojist (Başkan Yardımcısı)	Institut Bergonie, Bordeaux (France)
Giovanni Aletti	Jinekolog Onkolog	European Institute of Oncology, Milan (Italy)
Desmond Barton	Jinekolog Onkolog	Royal Marsden Hospital, London (United Kingdom)
Silvestro Carinelli	Patolog	European Institute of Oncology, Milan (Italy)
Luis Chiva	Jinekolog Onkolog	Clinica Universidad de Navarra, Pamplona (Spain)
David Cibula	Jinekolog Onkolog	Charles University Hospital, Prague (Czech Republic)
Karen Creutzberg	Radyasyon Onkoloğu	Leiden University Medical Center, Leiden (Holland)
Ben Davidson	Patolog	Norwegian Radium Hospital, Oslo (Norway)
Andreas du Bois	Jinekolog Onkolog	Kliniken Essen-Mitte, Essen (Germany)
Christina Fotopoulou	Jinekolog Onkolog	Imperial College London, London (United Kingdom)
Philip Harter	Jinekolog Onkolog	Kliniken Essen-Mitte, Essen (Germany)
Eric Leblanc	Jinekolog Onkolog	Centre Oscar Lambret, Lille (France)
Lene Lundvall	Jinekolog Onkolog	Rigshospitalet, Copenhagen (Denmark)
Christian Marth	Jinekolog Onkolog	Innsbruck Medical University, Innsbruck (Austria)
Philippe Morice	Jinekolog Onkolog	Institut Gustave Roussy, Villejuif (France)
Arash Rafii	Klinik Bilimci	Weill Cornell Medical College in Qatar, Doha (Qatar)
Isabelle Ray-Coquard	Medikal Onkolog	Center Leon Berard, Lyon (France)
Andrea Rockall	Radyolog	Imperial College London, London (United Kingdom)
Christiana Sessa	Medikal Onkolog	Oncology Institute of Southern Switzerland, Bellinzona (Switzerland)
Ate van der Zee	Jinekolog Onkolog	University Medical Centre, Groningen (Netherlands)
Ignace Vergote	Jinekolog Onkolog	University Hospitals, Leuven (Belgium)

Avrupa Jinekolog Onkologlar Birliđi (ESGO) tarafından hazırlanan bu kılavuz epitelyal ovaryan, fallop tüpü ve peritoneal kanser tanısı almış olguların cerrahi yönetiminin rolü, amacı ve standartları üzerine odaklanmıştır. Non-epitelyal ve borderline tümörler kılavuza dahil edilmedi. Over kanserinde tarama ve profilaksi konuları kılavuzda yer almamaktadır. Adneksiyal kitlelerin tanısı ve yönetimi yalnızca preoperative değerlendirme yönünden ele alınmıştır. Medikal tedavinin son standartları Avrupa Medikal Onkoloji Birliđi (ESMO) nin gelecek consensus toplantısında tanımlanacağı için medikal tedaviye yer ayrılmamıştır,

Kılavuzun hazırlanması sürecinde beş basamaklı bir süreç izlendi:



Bu rehberde over kanserli hastaların yönetimini geliştirmek ve homojenize etmek amaçlandı. Rehber 18 yaş üzeri epitelyal over kanserli olguların tanı ve preoperatif değerlendirmesini, multidisipliner yaklaşımı, cerrahi yönetimi anlatırken aynı zamanda hasta ve diğer sağlıkçılara da bilgiler aktarmaktadır.

Borderline tümörlerin yönetimi kılavuzda yer almazken aynı zamanda herhangi bir mali analiz sonucu da verilmemektedir. Bu rehberi uygulamak veya danışmak isteyen klinisyenlerden, bakım ve tedavi için hastanın bireysel klinik durumuna göre bağımsız tıbbi değerlendirme yapmaları beklenmektedir.

Şu bilinmelidir ki bu kitapçıkta bilgiler kanıta dayalıdır, ve güncel literatür ciddi olarak değerlendirilerek oluşturulmuştur. Ocak 2005 ve Mayıs 2016 tarihleri arasında yayınlanmış yayınları içeren geniş bir derleme ortaya çıkarılmıştır. Rehber yeterli yüksek kalitede bilimsel kanıtla ve/veya uzmanlar tarafından geniş bir konsensüs sağlanmasıyla oluşturuldu. Bu klinik yaklaşım rehberi, standard klinik yaklaşım olarak varsayılabilir. Eğer bir yaklaşım kabul edilebilir olarak görünüyorsa fakat standard klinik yaklaşım kriterlerini karşılamıyorsa, rehberde, "bu konuda tartışmaya veya değerlendirmeye açık" olarak ifade edilmiştir.

Rehberde, beş farklı "etkinlik" skorlaması kullanılmıştır (SIGN gradeleme sistemi) :

- A** Hedef popülasyona uygulanabilen, 1++ olarak skorlanmış en az bir meta-analiz, sistematik derleme veya RKÇ; veya 1+ olarak skorlanmış ana çalışmalarla ortaya konmuş kanıtlar
- B** Hedef popülasyona uygulanabilen Kanıt düzeyi 2++ olan çalışmalar veya 1++, 1+ çalışmalardan ortaya çıkan kanıtlar
- C** Hedef popülasyona uygulanabilen Kanıt düzeyi 2+ olan çalışmalar veya 2++ çalışmalardan ortaya çıkan kanıtlar
- D** Hedef popülasyona uygulanabilen 3 veya 4. Seviye kanıt; veya 2+ çalışmalardan ortaya çıkmış kanıtlar
- ✓ Rehber Geliştirme Grubu tarafından klinik tecrübe temelinde önerilmiş en iyi yaklaşım

1++ Yüksek kalitede meta-analizler, randomize kontrollü çalışmaların (RKÇ) sistematik derlemeleri, veya çok düşük bias riski olan RKÇ'ler. 1+ İyi dizayn edilmiş meta-analizler, sistematik derlemeler, veya çok düşük bias riski olan RKÇ'ler. 2++ Olgu kontrol veya kohort çalışmalarının yüksek kalitede sistematik derlemeleri/yüksek kalitede, çok düşük bias riski içeren olgu kontrol veya kohort çalışmaları. 2+ İyi dizayn edilmiş çok düşük bias riski içeren olgu kontrol veya kohort çalışmaları. 3 Analitik olmayan çalışmalar örneğin olgu sunumları, olgu serileri. 4 Uzman görüşleri

¹ <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexoldb.html>

İÇİNDEKİLER

Teşhis ve preoperatif değerlendirme	8
Multidisipliner karar verme	9
Evre I-II over kanseri için cerrahi yönetim	10
Evre III-IV over kanseri için cerrahi yönetim	12
Minimum gerekli bilgi	14

TEŞHİS VE PREOPERATİF DEĞERLENDİRME

✓	Abdominal, vajinal ve rektal muayeneyi içeren klinik muayene; meme, kasık, aksilla ve supraklaviküler alanların değerlendirilmesi; ve akciğerlerin dinlenmesi gereklidir.
B	Rutin pelvik (transvaginal ve transabdominal) ultrason adneksiyal kitleler için birincil yöntem olarak kullanılmalıdır.
B	Spesifik pelvik, abdominal ve torasik tamamlayıcı görüntüleme yöntemleri; Ovaryan karsinom şüphesi veya rutin ultrason değerlendirmesinde belirsiz veya şüpheli kitleler olması durumunda kullanılmalıdır.
✓	Tümör marker değerlendirmesi en azından CA125 düzeyinin tespiti için kullanılmalıdır. HE4 de aynı zamanda önerilmektedir. Ek markerlar; AFP, hCG, LDH, CEA, CA 19-9, inhibin B veya AMH, östradiol, testosteron, genç yaş olgularında veya görüntüleme bulgusunda müsinöz, non-epitelyal veya ekstra-adneksiyal orijin düşündüren olgularda kullanışlı olacaktır.

MULTIDISIPLINER KARAR VERME

C	Şüpheli adneksiyal/peritoneal malignite durumunda ve acil olmayan klinik tabloyla prezente olan kadınlar jinekolojik onkoloji konusunda uzmana sevk edilmelidir ² .
✓	Düşük volümlü ve düşük kaliteli merkezlerde cerrahi yapılması önerilmez. Bir orta düzey bakım ünitesi varlığı ve yoğun bakım ünitesine erişim olanağı bulunması gereklidir. Klinik çalışmalara katılım kalite göstergesidir.
C	(1) Rezeke edilemeyen metastazlar (2) CA125 /CEA oranı, radyolojik özellikler, semptomlar, aile hikayesi gibi bulgularla desteklenen diğer primer malignitelerden kaynaklanan sekonder ovarian veya peritoneal metastazlar dışlandıktan sonra, multidisipliner bir ekip ile tedavi preoperatif planlanmalıdır. Hastanın bilgilendirildiğine dair onamı alınmalıdır.
✓	Tüm hastalar bir multidisipliner jinekolojik onkoloji konseyinde postoperatif değerlendirilmelidir.

² Sertifikalı jinekolojik onkolog veya sertifikasyonun düzenlenmediği ülkelerde jinekolojik kanser yönetimi konusunda eğitimli cerrahlar (kişilerin pratiğinin % 50'sinden fazlasını içermelidir) veya ESGO tarafından akredite edilmiş bir kursu tamamlamış olan ekip.

EVRE 1-2 OVER KANSERİNDE CERRAHİ YÖNETİM

B	Erken evre ovarian kanserleri cerrahisinde midline laparotomi önerilir. Evre I görünen olgular laparoskopik cerrahide yeterli düzeyde tecrübeye ulaşmış olan jinekolojik onkologlar tarafından laparoskopik olarak yönetilebilir. Spesimenin diseksiyonu ve çıkarılması sırasında intakt olan primer tümörün rüptüre edilip tümör hücrelerinin yayılımından kaçınılmalıdır.
B	Rüptüre olmamış adneksiyal kitlenin intraoperatif rüptüründen kaçınılmalıdır.
B	İlk ameliyat sırasında frozen imkanının olması gerekli cerrahinin tamamlanmasına izin verir. Frozen kesit sonucunun kesin olmayabileceği ve nihai patolojinin tanıda altın standart olduğu bilinmektedir.
✓	Frozen yokluğunda veya tanı konulamayan frozen durumunda, iki adımlı prosedür tercih edilmelidir.
✓	Total histerektomi ve bilateral salpingo-oofrektomi standarttır.
C	Fertilite koruyucu cerrahi (tek taraflı salpingo-oofrektomi) fertilitte isteği olan seçilmiş premenopozal hastalara önerilmelidir ³ .
B	Laparoskopik yeniden evreleme, kapsamlı bir değerlendirme için yeterli uzmanlığa sahip jinekolojik onkolog tarafından gerçekleştirilirse kabul edilebilir bir yaklaşımdır.
✓	Tüm periton boşluğunun vizüel değerlendirmesi önerilir.
C	Peritoneal yıkamaların veya sitolojinin, tümör manipülasyonundan önce alınması önerilir.
C	Pelviste, parakolik ve subdiafragmatik alanlarda herhangi bir şüpheli implant bulunmadığında, körlemesine periton biyopsileri önerilir.
C	En azından infrakolik-omentektomi yapılması önerilir.
B	Sol renal venin seviyesine kadar bilateral pelvik ve para-aortik lenf nodu diseksiyonu (müsinöz adenokarsinomların evre 1 ekspansil tipi hariç) önerilir.



'Benign' olarak düşünülerek uygulanmış bir cerrahide erken karsinoma tesadüfen bulunursa hastanın kapsamlı bir şekilde evrenmediği durumlarda ikinci cerrahi prosedür önerilir.



Sadece apendektomi için tekrar operasyon durumu, müsinöz histoloji gelmiş olgularda bile intraoperatif apendiks normal olarak değerlendirilmişse gerekli değildir.

³ Hasta kaydı esnasında fertilitte durumu düşünülmalıdır; nihai karar, grade ve evreye dayalı kapsamlı evreleme cerrahisi sonrasında verilmelidir; Fertilitte korunması; evre IA veya IC1 durumunda, düşük dereceli seröz veya endometrioid karsinom veya ekspansil tipi müsinöz tümörler; diğer evre 1 alt tipler veya patolojik alt tiplerde, bireyselleştirilerek kabul edilir; bilateral salpingo-oofrektomi ile uterin korunma belirgin evre IB düşük riskli invaziv karsinomali ve normal endometriyal biyopsi bulgusu olanlarda kabul edilebilir, ancak bu standart bir yönetim değildir ve bu yaklaşımı destekleyen az sayıda çalışma vardır.

EVRE 3-4 OVER KANSERİNDE CERRAHİ YÖNETİM

✓	Evre 3-4 over kanserlerinin cerrahi yönetiminde midline laparotomi önerilir.
A	Cerahideki amaç tüm görünür hastalığın tam rezeksiyonudur. İnkomplet cerrahinin (upfront veya interval cerahide) volenter kullanımı engellenmelidir.
✓	Abdominal debulking önerilmeyen durumlar: <ul style="list-style-type: none">• İnce bağırsak mezenter kökünün yaygın derin infiltrasyonu;• Kısa bağırsak sendromuna (kalan bağırsak <1.5 m), yol açacak kadar büyük parçaların rezeksiyonunu gerektiren ince bağırsağın diffüz karsinomatozu.• Mide/duodenum (sınırlı eksizyon mümkün) diffüz/derin infiltrasyonu ve pankreas baş ve orta kısmının (pankreas kuyruğu rezekte edilebilir) diffüz/derin infiltrasyonu.• Trunkus çölyakus'un, hepatic arterlerin, sol gastrik arterin tutulumu (çölyak nodlar rezekte edilebilir).
✓	Metastatik (evre IVB) hastalık rezekte edilebilir. Santral veya multisegmental parankimal karaciğer metastazları, multiple parankimal akciğer metastazları (tercihen histolojik olarak kanıtlanmış), rezekte edilemeyen lenf nod metastazları ve multiple beyin metastazları rezektabl değildir.
A	Makul bir komplikasyon oranı ile rezidüel tümör bırakılmadan upfront cerrahi yapılabilen hastalarda primer cerrahi önerilir.
✓	Risk-fayda oranı şu durumlarda primer cerrahi yapılabilir: <ul style="list-style-type: none">• Rezekte edilemeyecek boyutta tümör yoktur.• Makul bir morbidite oranıyla hastanın durumunu dikkate alarak rezidü tümör bırakmaksızın komplet debulking yapılabilir. Kararlar bireyselleştirilmiştir ve birden çok parametreye dayanılarak oluşturulmuştur⁴.• Hasta, kan nakli veya stoma açılması gibi potansiyel destekleyici önlemleri kabul etmiştir.
A	Yanıtlı veya stabil hastalıkla sonuçlanabilecek komplet rezeksiyonun uygun olabileceği olan hastalara interval debulking cerrahisi de önerilmektedir.
✓	3 siklus neo-adjuvan kemoterapi sonrası cerrahi yapılmamış ve 3 sikludan fazla ne-adjuvan kemoterapi almış olgulara debulking cerrahi bireysel bazda düşünülebilir.



Neoadjuvan kemoterapi esnasında ilerleme gösteren, inoperabl tümörü olan hastalar palyatif nedenler dışında ameliyat edilmemelidir. Bu durumlarda mümkünse, seröz adenokarsinom (muhtemelen düşük dereceli), müsinöz adenokarsinom (muhtemel GIS kökenli) olabilmesi açısından patolojinin dikkatlice yeniden gözden geçirilmesi önerilir.

⁴ Potansiyel olarak rezeke edilebilir ekstra-abdominal hastalığın örnekleri:

- Inguinal veya aksiller lenf nodları
- Retrokrural veya parakardiyak düğümler
- Odak parietal plevra tutulumu
- İzole parenkimal akciğer metastazları

Rezektabl intraabdominal parankimal metastazlara örnekler:

- Splenik metastazlar
- Kapsül karaciğer metastazı
- Konuma bağlı olarak tekli karaciğer metastazı

MİNİMUM GEREKLİ BİLGİ

- ✓ Tümörün yeri ve büyüklüğü hakkında gerekli tüm bilgiler, yayılım modelleri, uygulanan rezeksiyonlar ve rezidü hastalık durumu ameliyat notunda anlatılmalıdır.
- ✓ Ameliyat notu sistematik olarak yazılmalıdır. Tümör lezyonlarının yeri ve büyüklüğü ile yayılma paternleri notun başında açıklanmalıdır.
- ✓ Karın ve pelvik boşluğun tüm alanları değerlendirilmeli ve anlatılmalı.
- ✓ Uygulanmış tüm cerrahi prosedürlerden bahsedilmelidir.
- ✓ Varsa rezidüel tümörün büyüklüğü ve yeri ameliyat notunun sonunda anlatılmalı, sitoredüksiyonun tamamlanamamasın sebepleri açıklanmalıdır.
- ✓ En azından, "ESGO operasyon notu bilgileri" ameliyat notunda yer almalıdır.
- ✓ Patoloji raporunda gerekli tüm bilgiler bulunmalıdır.
- ✓ Cerrahi morbidite ve mortalite değerlendirilmeli ve kaydedilmelidir, ve seçilmiş olgular morbidite ve mortalite konseylerinde tartışılmalıdır.

⁵ Patolojik tip ve derecesi, performans durumu, beslenme durumu, albumin düzeyi, komorbiditeler, onkogeratrik değerlendirme, görüntüleme ve / veya tanisal laparoskopi veya laparotomi, hastalığın yeri, bağırsak anastomoz sayısı.



Access the full ESGO Guidelines



© 2017 European Society of Gynaecological Oncology

All rights reserved. No part of this book can be reprinted, reproduced, transmitted or utilised in any form by any electronic, mechanical, or other means, now known or hereafter invented, including photocopying, microfilming, and recording, or any information storage or retrieval system, without written permissions of ESGO.

Reasonable efforts have been made to publish reliable data and information, but the authors and publisher cannot assume responsibility for the validity of all materials or for the consequences of their use, and the ultimate responsibility rests with the prescribing physician.
guidelines



European Society of
Gynaecological Oncology

ESGO Office
7, Rue François-Versonnex
1211 Geneva 6, Switzerland
Email: adminoce@esgomain.org
www.esgo.org

© 2017 European Society of Gynaecological Oncology. All rights reserved.