

Zmiany klasyfikacji zaawansowania nowotworów narządu płciowego u kobiet – stan na 2009 rok

Revised FIGO staging systems for gynecologic malignancies – 2009 update

Zalewski Kamil¹, Doniec Jacek², Baranowski Włodzimierz², Bidziński Mariusz¹

¹ Klinika Nowotworów Narządów Płciowych Kobięcych, Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej Curie w Warszawie

² Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

Streszczenie

Systemy klasyfikacji stopni zaawansowania nowotworów pozwalają na racjonalne planowanie leczenia, prognozowanie przebiegu choroby nowotworowej oraz na porównywanie wyników leczenia w różnych ośrodkach. Postęp wiedzy w zakresie epidemiologii, etiopatogenezy, biologii i przebiegu klinicznego nowotworów narządów płciowych u kobiet oraz nowe możliwości diagnostyczne wymuszają zmiany w systemach klasyfikacji zaawansowania tych nowotworów.

Ostatnia zmiana klasyfikacji nowotworów narządów płciowych u kobiet dokonana w końcu 2008 roku, dotyczy nowych zasad klasyfikacji stopni zaawansowania nowotworu u pacjentek z rakiem szyjki macicy, rakiem błony śluzowej macicy, rakiem sromu a ponadto obejmuje chore z mięsakami macicy. Najważniejsze zmiany w uaktualnionej klasyfikacji raka sromu polegają na połączeniu stopnia I i II. Za najważniejsze czynniki rokownicze uznano liczbę i morfologię zajętych przez przerzuty węzłów chłonnych, a także średnicę guza. W nowej klasyfikacji zaawansowania raka szyjki macicy usunięto stopień 0, a w stopniu IIA wyodrębniono dwie podgrupy w zależności od wielkości guza. W klasyfikacji raka endometrium połączono stopnie IA i IB. Zajęcie przez nowotwór gruczołów szyjkowych jest klasyfikowane jako stopień I. W stopniu II zniesiono podział na IIA i IIB. Ponadto w tej grupie chorych wyodrębniono dwie podgrupy w oparciu o status węzłów chłonnych przyaortalnych. W oparciu o kryteria klasyfikacji mięsaków tkanek miękkich, wprowadzono odrębne systemy klasyfikacji zaawansowania mięsaków macicy.

Słowa kluczowe: **nowotwory macicy / nowotwory szyjki macicy / nowotwory sromu / stadium zaawansowania nowotworu /**

Adres do korespondencji:

Kamil Zalewski
Klinika Nowotworów Narządów Płciowych Kobięcych, Centrum Onkologii - Instytut
02-781 Warszawa, ul. Roentgena 5
tel. +48 225462295, fax. +48 226484471
e-mail: kzalewski@coi.waw.pl

Otrzymano: 02.07.2010
Zaakceptowano do druku: 25.09.2010

Abstract

Neoplasm staging system was created to facilitate making diagnoses and planning treatment for cancer patients. Since medical research and practice in the field of oncology have shown explosive growth, the staging of some of the gynecologic cancers did not give a good spread of prognostic groupings.

In the light of these breakthroughs, the following changes to the staging of gynecological cancers were proposed and approved by the FIGO Committee. In vulvar cancer Stage IA remained unchanged but Stage I and II have been combined. The number and morphology of the involved nodes have been taken into account, and the bilaterality of positive nodes has been discounted. In cervical cancer Stage 0 has been deleted and substages in Stage IIA have been included. In endometrial cancer Stage IA and IB have been combined so that now Stage IA involves the endometrium and/or less than one-half myometrial invasion and IB is equal to or greater than the outer one-half of the myometrium. Stage II no longer has a subset A and B. Involvement in the endocervical glandular portion of the cervix is now considered Stage I. Pelvic and para-aortic node involvement have been separated. The committee has also established a sarcoma staging system based on the criteria used in other soft tissue sarcomas.

Key words: **uterine neoplasms / uterine cervical neoplasms / vulvar neoplasms / neoplasm staging /**

Wstęp

Klasyfikacja stopni zaawansowania nowotworów ginekologicznych ulegała na przestrzeni lat licznym korektom. Opublikowane w 2009 roku modyfikacje są wynikiem trzyletnich dyskusji i prac przedstawicieli Komitetu FIGO do spraw Ginekologii Onkologicznej (FIGO Committee on Gynecologic Oncology), International Gynecologic Cancer Society (IGCS), Gynecologic Intergroup (GCIG), Society of Gynecologic Oncologists (SGO), International Society of Gynecologic Pathologists (ISGyP) i American Joint Commission on Cancer (AJCC) [1].

Aktualna klasyfikacja stopni zaawansowania raka sromu

W relacji do zmian w klasyfikacji innych nowotworów, w nowej wersji klasyfikacji stopni zaawansowania raka sromu dokonano największych zmian. Zachowano zasady klasyfikacji w oparciu o kryteria chirurgiczne, ale w istotny sposób uwzględniono w ostatecznej wersji klasyfikacji rozkład czynników rokowniczych [1]. Uwzględniono przede wszystkim wyniki badań epidemiologicznych, w których wykazano, że najważniejszym czynnikiem rokowniczym w raku sromu jest status (liczba i morfologia) zajętych przez nowotwór węzłów chłonnych, mniejszą zaś rolę odgrywa wielkość guza [2-5]. W ten sposób poprawiono dotychczas używaną klasyfikację opracowaną jeszcze w 1988 roku, w której rozkład czynników rokowniczych w poszczególnych stopniach klasyfikacji zaawansowania był nieproporcjonalny. W konsekwencji tych założeń, bez zmian pozostawiono jedynie zasady kwalifikacji do stopnia IA, zmieniając zasady kwalifikacji chorych do pozostałych stopni zaawansowania. Zgodnie z zasadami nowej wersji klasyfikacji do stopnia I zaawansowania raka sromu kwalifikują się chore z guzem ograniczonym do sromu i krocza bez przerzutów w węzłach chłonnych. W stopniu II zaawansowania znajdują się chore z guzami jakiegokolwiek wielkości bez przerzutów do węzłów chłonnych, ale naciekające w ograniczony sposób narządy sąsiadujące (cewkę moczową, odbyt, pochwę). Do stopnia III zaliczono chore z guzami jak w stopniu I lub II, ale z przerzutami do węzłów chłonnych (pachwinowe, udowe). W stopniu IV znajdują się chore z zaawansowaniem guza większym niż w stopniu III.

Tabela 1. Rak sromu: aktualna klasyfikacja stopnia zaawansowania według FIGO (wersja 2009).

Stopień I	Nowotwór ograniczony do sromu
IA	Zmiana ≤ 2 cm średnicy na sromie lub kroczu i naciekająca podścielisko $\leq 1,0$ mm*, bez przerzutów w węzłach chłonnych.
IB	Zmiana > 2 cm średnicy na sromie lub kroczu lub naciekająca podścielisko $> 1,0$ mm*, bez przerzutów w węzłach chłonnych.
Stopień II	Guz jakiegokolwiek wielkości z naciekaniem przylegających struktur (1/3 dolnego odcinka cewki moczowej, 1/3 dolnej części pochwy, odbyt), bez przerzutów w węzłach chłonnych.
Stopień III	Guz jakiegokolwiek wielkości z/bez przejścia na przylegające struktury (1/3 dolnego odcinka cewki moczowej, 1/3 dolnej części pochwy, odbyt), zajęte węzły chłonne pachwinowo-udowe.
IIIA	z przerzutami do 1 węzła chłonnego (≥ 5 mm), lub przerzutami do 1-2 węzłów chłonnych (< 5 mm).
IIIB	z przerzutami do ≥ 2 węzłów chłonnych (≥ 5 mm), lub przerzutami do ≥ 3 węzłów chłonnych (< 5 mm).
IIIC	z zajętymi węzłami chłonnymi i naciekaniem poza torebkę węzła chłonnego.
Stopień IV	Guz nacieka lokalnie pozostałe struktury (2/3 górnego odcinka cewki moczowej, 2/3 górnej części pochwy) lub dający przerzuty odległe.
IVA	Guz naciekający którąkolwiek ze struktur: - bliższy odcinek cewki moczowej i/lub błona śluzowa górnej części pochwy, błonę śluzową pęcherza moczowego, błonę śluzową odbytu, lub przechodzący na kości miednicy, - nieruchome lub owrzodzone węzły chłonne pachwinowo-udowe.
IVB	Guz z odległymi przerzutami włączając węzły chłonne miednicy.

* Głębokość naciekania oceniana jako odległość od błony podstawnej nabłonka leżącego na najbliższej powierzchni skóry brodawki do najbliższego punktu naciekania przez komórki nowotworowe.

Zmiany klasyfikacji zaawansowania nowotworów narządu płciowego u kobiet – stan na 2009 rok.

Ogólną cechą nowego systemu klasyfikacji jest bardziej precyzyjne odzwierciedlenie rozkładu cech rokowniczych w poszczególnych stopniach zaawansowania. Pozostawiono bez ostatecznych ustaleń rolę węzła wartowniczego, a także cechy molekularne guza nowotworowego [6].

Aktualna klasyfikacja stopni zaawansowania raka szyjki macicy

Klasyfikacja raka szyjki jest, oprócz klasyfikacji ciężowej choroby trofoblastycznej, jedyną klasyfikacją zaawansowania nowotworu narządów płciowych u kobiet opartą o badanie kliniczne. Pierwsza wersja tej klasyfikacji została wprowadzona w 1928 roku, a ostatnia aktualizacja miała miejsce w 1994 roku. Od dawna dyskutowanym problemem jest uwzględnienie w klasyfikacji zaawansowania raka szyjki macicy kryteriów chirurgicznych. Klasyfikacja oparta o kryteria chirurgiczne (TNM) jest dokładniejsza od przedoperacyjnej klasyfikacji klinicznej, gdyż oceniane śródoperacyjnie cechy nowotworu mogą być precyzyjnie opisane w sposób ilościowy, a tym samym lepiej odzwierciedlać faktyczny stan zaawansowania. Z reguły klasyfikacja chirurgiczna wykazuje wyższy stopień zaawansowania raka szyjki niż klasyfikacja kliniczna.

Szczególnie duże rozbieżności oceny rzeczywistego stopnia zaawansowania nowotworu przy zastosowaniu przedoperacyjnej klasyfikacji klinicznej w porównaniu do oceny chirurgicznej obserwuje się w stopniach Ib, Iia i Iib. Mimo tych zastrzeżeń pozostawiono klasyfikację kliniczną, ze względu na łatwość jej zastosowania u pacjentek z wyższymi stopniami zaawansowania raka szyjki, a które nie są leczone chirurgicznie. Brano również pod uwagę argument, że w krajach rozwijających się, w których rak szyjki macicy wykrywany jest często w zaawansowanych stopniach, łatwiej stosować klasyfikację kliniczną, ze względu na koszty i ograniczenia sprzętowe [7].

W finalnej wersji systemu klasyfikacji raka szyjki macicy wprowadzono dwie istotne zmiany [1]. Pierwsza z nich to usunięcie z klasyfikacji stopnia 0 jako pojęcia raka przedinwazyjnego szyjki macicy. Na podstawie licznych danych epidemiologicznych i klinicznych uznano przydatność podziału stopnia IIA na dwie podgrupy w zależności od średnicy guza w jego największym wymiarze. Jako cezurę podziału przyjęto wartość 4cm. Nie wykazano natomiast różnic w przebiegu klinicznym w zależności od wielkości guza ani zajęcia jednych lub obu przymacic u chorych z zaawansowaniem nowotworu w stopniu IIB i IIIB, w związku z powyższym nie dokonano analogicznego podziału w tych grupach chorych.

Z opisu zasad klasyfikacji wynika, że zajęcie naczyń limfatycznych nie jest uwzględnione z powodu braku możliwości obiektywnego oszacowania jego rozciągłości, jednak w ośrodkach, w których jest to możliwe, cecha ta powinna być oceniana i raportowana. Zaleca się również ujmować ten parametr w pracach naukowych. Komitet FIGO nie wprowadził statusu węzłów chłonnych jako parametru klasyfikacji zaawansowania, mimo potwierdzonego danymi epidemiologicznymi stwierdzenia, że przerzuty w węzłach chłonnych są czynnikiem niekorzystnym rokowniczo, szczególnie w niższych stopniach zaawansowania. Komitet FIGO zachęca jednak do wykorzystywania nowoczesnych technik obrazowania celem oceny wielkości i ekspansji guza, czego wykładnikiem jest zalecenie ujmowania w corocznych raportach kierowanych do FIGO wyników badań obrazo-

Tabela II. Rak szyjki macicy: aktualna klasyfikacja stopnia zaawansowania według FIGO (2009r.).

Stopień I	Rak ściśle ograniczony do szyjki macicy.
Stopień IA	Rak inwazyjny rozpoznawany wyłącznie mikroskopowo, głębokość naciekania podścieliska $\leq 5,0$ mm i średnica zmiany $\leq 7,0$ mm.
IA1	Głębokość naciekania podścieliska ≤ 3 mm i średnica zmiany $\leq 7,0$ mm.
IA2	Głębokość naciekania podścieliska $> 3,0$ mm i nie więcej niż $5,0$ mm, średnica zmiany $\leq 7,0$ mm.
Stopień IB	Zmiany widoczne klinicznie ograniczone do szyjki macicy lub rak w stadium przedklinicznym ale większy od IA*.
IB1	Klinicznie widoczna zmiana $\leq 4,0$ cm.
IB2	Klinicznie widoczna zmiana $> 4,0$ cm.
Stopień II	Rak przechodzi poza szyjkę macicy, lecz nie dochodzi do ścian miednicy, nacieka pochwę, ale tylko górne 2/3 jej długości.
Stopień IIA	Bez naciekania przymacic.
IIA1	Klinicznie widoczna zmiana ≤ 4 cm.
IIA2	Klinicznie widoczna zmiana > 4 cm.
Stopień IIB	Z naciekaniami przymacic, nie dochodzi do kości miednicy (bez lub z naciekiem pochwy).
Stopień III	Rak dochodzi do ścian miednicy, i/lub nacieka pochwę obejmując jej dolną 1/3 i/lub powoduje wodonercze lub przypadki nieczynnej nerki**.
IIIA	Nacieki pochwy obejmujący jej dolną 1/3 długości, nie dochodzi do ścian miednicy.
IIIB	Rak dochodzi do ścian miednicy (bez lub z zajęciem ścian pochwy), i/lub obecność wodonercza lub nieczynnej nerki.
Stopień IV	Przejście raka poza teren miednicy mniejszej lub zajęcie (potwierdzone badaniem biopsyjnym) śluzówki pęcherza moczowego lub odbytnicy.
IVA	Naciekanie narządów sąsiednich.
IVB	Odległe przerzuty.

* Wszystkie makroskopowo widoczne zmiany, nawet te szerzące się powierzchownie, są klasyfikowane jako IB. Zajęcie przestrzeni naczyniowej, żylniej lub limfatycznej, nie zmienia stopnia zaawansowania.

** W badaniu przez odbytnicę nie stwierdza się wolnej przestrzeni między naciekiem a kością miednicy. Wszystkie przypadki wodonercza lub nieczynnej nerki, o ile nie jest znana inna niż nowotworowa przyczyna tego stanu.

wych metodą rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej, w których określano rozmiar guza i naciekanie przymacic. Inne badania uzupełniające, m.in. cystoskopia, sigmoidoskopia i pielografia również nie są uznawane za obligatoryjne.

Mikroinwazyjny gruczolakorak szyjki macicy jest klasyfikowany przy użyciu tych samych kryteriów co mikroinwazyjny rak płaskonabłonkowy szyjki macicy.

Aktualna klasyfikacja stopni zaawansowania raka błony śluzowej trzonu macicy

Obowiązująca dotychczas klasyfikacja powstała w 1988 roku. Klasyfikacja ta opiera się o ocenę chirurgiczną stopnia zaawansowania (*surgical staging*).

W dorocznych raportach FIGO z ostatnich 4 lat (*FIGO Annual Report 23, 24, 25, 26*) obejmujących analizę statystyczną danych, nie wykazano istotnej statystycznie różnicy w 5-letnich przeżyciach pacjentek z rakiem *endometrium* w stopniu zaawansowania IaG1, IbG1, IaG2 i IbG2. Na podstawie tych danych zdecydowano, aby w nowej klasyfikacji połączyć podgrupy Ia i Ib, zachowując ocenę stopnia zróżnicowania histologicznego nowotworu (*grading*). Obecny podział stopnia I na podstopnie IA i IB opiera się na głębokości naciekania błony mięśniowej macicy. Do stopnia I włączono wszystkie chore z zajęciem gruczołów szyjkowych, ale bez cech naciekania podścieliska.

Stopień II w dawnej klasyfikacji podzielony na podstopnie A i B, zawężono do jednej grupy chorych, u których stwierdza się naciekanie podścieliska nabłonka kanału szyjki.

W dotychczasowej klasyfikacji raka *endometrium* nie uwzględniano zajęcia przymacicz. W nowej klasyfikacji chore te zalicza się do stopnia IIIB. Gorsze rokowanie dla pacjentek z obecnością przerzutów w węzłach chłonnych okołoaortalnych, w porównaniu do chorych z przerzutami jedynie do węzłów chłonnych miednicznych skłoniło Komitet FIGO do wydzielenia podstopnia IIIC (z przerzutami do węzłów chłonnych) i podzielenia go na IIIC1 i IIIC2 [8-10].

Komitet FIGO zwraca uwagę na brak standaryzacji w zakresie określenia minimalnej liczby pobieranych w trakcie operacji węzłów chłonnych. Uznano, że obecność komórek nowotworowych w cytologii płynu z otrzewnej zatoki Douglasa jest raczej dodatkowym niekorzystnym czynnikiem rokowniczym niż niezależnym wskaźnikiem predykcyjnym w klasyfikacji stopnia zaawansowania. Obecność komórek nowotworowych w płynie otrzewnowym może być niekorzystnym czynnikiem rokowniczym jedynie w przypadku innych niezależnych czynników rokowniczych – niskiego stopnia zróżnicowania nowotworu, głębokiego naciekania mięśniówki macicy lub surowiczego typu raka *endometrium* [11-13]. Obecność komórek nowotworowych w płynie pobranym z zatoki Douglasa nie zostało uznane jako czynnik warunkujący stopień zaawansowania, jednak badanie obecności komórek nowotworowych w płynie uzyskanym z zatoki Douglasa nadal powinno być wykonywane, a wyniki badania raportowane.

Mięsaki macicy

Dotychczas stopień zaawansowania mięsaków macicy oceniano adaptując klasyfikację z 1988 roku, która została opracowana dla oceny stopnia zaawansowania raka błony śluzowej trzonu macicy. Taki sposób oceny był jednak bardzo przybliżony i nie uwzględniał odmiennej biologii i histologii tej grupy nowotworów, a także nie dawał możliwości, nawet przybliżonych, korelacji z parametrami klinicznymi [14, 15].

Opracowując nowe zasady klasyfikacji stopnia zaawansowania mięsaków macicy, postanowiono oprzeć tę nową klasyfikację o kryteria stosowane dla innych mięsaków tkanek miękkich. W efekcie powstały trzy odrębne klasyfikacje stopnia zaawansowania dla poszczególnych typów histologicznych mięsaków macicy (mięsaka gładkokomórkowego - *leiomyosarcoma* i endometrioidalnego mięsaka podścieliskowego - *endometrial stromal sarcoma*, gruczolakomięsaka - *adenosarcoma* oraz mięsakoraka - *carcinosarcoma*) [1, 16]. W klasyfikacji dotyczącej mięsaka gładkokomórkowego i endometrioidalnego mięsaka podścieliskowego w I stopniu zaawansowania uwzględnia się średnicę

Tabela III. Rak *endometrium*: aktualna klasyfikacja stopnia zaawansowania według FIGO (2009).

Stopień I*	Nowotwór ściśle ograniczony do trzonu macicy.
IA*	Brak nacieku lub głębokość nacieku obejmuje <50% mięśniówki.
IB*	Naciek obejmuje ≥50% mięśniówki.
Stopień II*	Nowotwór nacieka podścielisko szyjki macicy, ale nie wychodzi poza macicę**.
Stopień III	Lokalne i/lub reginalne naciekanie.
IIIA	Rak nacieka surowicówkę macicy i/lub przydatki.
IIIB	Przerzuty do pochwy i/lub przymacicz.
IIIC	Przerzuty do węzłów miednicy i/lub węzłów około aortalnych.
IIIC1*	Zajęte węzły chłonne miednicy.
IIIC2*	Zajęte węzły chłonne okołoaortalne z zajętymi lub nie węzłami chłonnymi miednicy.
Stopień IV	Naciek pęcherza moczowego i/lub śluzówki odbytnicy i/lub odległe przerzuty.
IVA	Naciek pęcherza moczowego i/lub śluzówki odbytnicy.
IVB	Przerzuty odległe, obejmujące przerzuty do narządów jamy brzusznej i/lub węzłów chłonnych pachwinowych.

Dodatni wynik cytologii otrzewnowej nie zmienia klasyfikacji, powinien być jednak odnotowany.

* Stopnie zróżnicowania histologicznego G1, G2 i G3.

** Naciekanie jedynie gruczołów szyjkowych powinno być klasyfikowane jako stopień I.

Tabela IV. Mięsak gładkokomórkowy i endometrioidalny mięsak podścieliskowy – aktualna klasyfikacja stopnia zaawansowania według FIGO (2009).

Stopień I	Nowotwór ściśle ograniczony do macicy.
IA	Guz o średnicy ≤5cm.
IB	Guz o średnicy >5cm.
Stopień II	Nowotwór nacieka poza macicę zajmując struktury miednicy.
IIA	Nowotwór nacieka poza macicę zajmując przydatki.
IIB	Nowotwór nacieka poza macicę zajmując inne tkanki miednicy mniejszej.
Stopień III	Nowotwór nacieka (nie tylko wystając do jamy brzusznej) tkanki jamy brzusznej.
IIIA	Nowotwór nacieka tkanki jamy brzusznej w jednej lokalizacji.
IIB	Nowotwór nacieka tkanki jamy brzusznej w więcej niż jednej lokalizacji.
IIIC	Nowotwór daje przerzuty do węzłów chłonnych miednicy i/lub przyaortalnych.
Stopień IV	Nowotwór nacieka pęcherz moczowy, odbytnicę, daje przerzuty odległe.
IVA	Nowotwór nacieka pęcherz moczowy i/lub odbytnicę.
IVB	Przerzuty odległe.

Zmiany klasyfikacji zaawansowania nowotworów narządu płciowego u kobiet – stan na 2009 rok.

guza, w typie histologicznym gruczolakomięśnaka uwzględnia się głębokość naciekania mięśniówki macicy, natomiast stopień zaawansowania mięsakoraka ocenia się według zasad stosowanych dla klasyfikacji raka błony śluzowej trzonu macicy.

Tabela V. Gruczolakomięśnak macicy – aktualna klasyfikacja stopnia zaawansowania według FIGO (2009).

Stopień I	Nowotwór ściśle ograniczony do macicy.	
	IA	Nowotwór ograniczony do endometrium/endocervix (bez naciekania mięśniówki).
	IB	Naciek zajmuje <1/2 mięśniówki.
	IC	Naciek zajmuje ≥1/2 mięśniówki.
Stopień II	Nowotwór nacieka poza macicę zajmując strukturę miednicy.	
	IIA	Nowotwór nacieka poza macicę zajmując przydatki.
	IIB	Nowotwór nacieka poza macicę zajmując inne tkanki miednicy mniejszej.
Stopień III	Nowotwór nacieka (nie tylko wystając do jamy brzusznej) tkanki jamy brzusznej.	
	IIIA	Nowotwór nacieka tkanki jamy brzusznej w jednej lokalizacji.
	IIIB	Nowotwór nacieka tkanki jamy brzusznej w więcej niż jednej lokalizacji.
	IIIC	Nowotwór daje przerzuty do węzłów chłonnych miednicy i/lub przyaortalnych.
Stopień IV	Nowotwór nacieka pęcherz moczowy, odbytnicę, daje przerzuty odległe.	
	IVA	Nowotwór nacieka pęcherz moczowy i/lub odbytnicę.
	IVB	Przerzuty odległe.

Rak jajnika

Komitet do spraw Ginekologii Onkologicznej FIGO nie wprowadził zmian do dotychczas obowiązującej klasyfikacji stopnia zaawansowania raka jajnika. Zastrzegł jednak, że jego celem jest wprowadzenie zmian do klasyfikacji tego nowotworu do końca 2012 roku.

Komentarz autorów

Nowe zasady klasyfikacji stopnia zaawansowania nowotworów narządu płciowego u kobiet dokonane przez połączone P.T. Towarzystwa zajmujące się problematyką onkologiczną w ginekologii są wyraźnym postępem w klasyfikacji i możliwościach standaryzacji leczenia tych nowotworów. W nowym opracowaniu uwzględniono szereg czynników, które mają zasadnicze znaczenie w rokowaniu przebiegu choroby oraz pozwalają na optymalizację sposobu leczenia. Postępy wiedzy w zakresie nowoczesnej diagnostyki obrazowej wspartej metodami biologii molekularnej będą w przyszłości nieuchronnie powodowały konieczność dokonywania następnych zmian.

Pragniemy zwrócić uwagę P.T. Czytelników, że zmodyfikowany w 2009 roku system klasyfikacji nowotworów narządu płciowego u kobiet, w relacji do obowiązujących poprzednio jest bardziej precyzyjny, bardziej miarodajny (wiarygodny) oraz jest łatwiejszy w stosowaniu w codziennej praktyce klinicznej. Pozwala na tworzenie bardziej homogennych grup pacjentek pod względem rokowania i uwzględnia jednocześnie całe spektrum możliwych manifestacji w każdym typie nowotworu. Jest systemem otwartym – pozwala na aktualizację danych dostosowując się do postępu wiedzy w ginekologii onkologicznej. Opiera się na parametrach, które dają się ocenić i opisać w sposób obiektywny. Zmiany wprowadzone w nowym systemie zostały poparte rzetelnymi, sprawdzonymi w praktyce, danymi epidemiologicznymi. Nowe opracowanie klasyfikacji jest prostsze w stosowaniu w codziennej praktyce klinicznej i nie wymaga wykonywania skomplikowanych procedur diagnostycznych.

Doceniając ogrom pracy włożony w modyfikację dotychczasowej klasyfikacji i odpowiedzialność, jaką wzięli na siebie autorzy nowego opracowania, należy zaapelować do wszystkich praktykujących w zakresie ginekologii onkologicznej, aby zasady nowej klasyfikacji stosować w codziennej pracy klinicznej. Od nas zależy, czy precyzyjne i konsekwentne stosowanie nowych klasyfikacji pozwoli na polepszenie jakości leczenia i badań naukowych.

Piśmiennictwo

1. Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009, 105, 103-104.
2. Tantipalakorn C, Robertson G, Marsden D, [et al.]. Outcome and patterns of recurrence for FIGO stages I and II squamous cell vulvar cancer. *Obstet Gynecol.* 2009, 113, 895-901.
3. Burger M, Hollema H, Emanuels A, [et al.]. The importance of the groin node status for the survival of T1 and T2 vulvar carcinoma patients. *Gynecol Oncol.* 1995, 57, 327-334.
4. Homesley H, Bundy B, Sedlis A, [et al.]. Assessment of current International Federation of Gynecology and Obstetrics staging of vulvar carcinoma relative to prognostic factors for survival. *Am J Obstet Gynecol.* 1991, 164, 997-1004.
5. Origoni M, Sideri M, Garsia S, [et al.]. Prognostic value of pathological patterns of lymph node positivity in squamous cell carcinoma of the vulva stage III and IVA FIGO. *Gynecol Oncol.* 1992, 45, 313-316.
6. Hacker N. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009, 105, 105-106.
7. Pecorelli S, Zigliani L, Odicino F. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009, 105, 107-108.
8. Hirahatake K, Hareyama H, Sakuragi N, [et al.]. A clinical and pathologic study on para-aortic lymph node metastasis in endometrial carcinoma. *J Surg Oncol.* 1997, 65, 82-87.
9. Nelson G, Randall M, Sutton G, [et al.]. FIGO stage IIIC endometrial carcinoma with metastases confined to pelvic lymph nodes: analysis of treatment outcomes, prognostic variables, and failure patterns following adjuvant radiotherapy. *Gynecol Oncol.* 1999, 75, 211-214.
10. McMeekin D, Lashbrook D, Gold M, [et al.]. Analysis of FIGO Stage IIIC endometrial cancer patients. *Gynecol Oncol.* 2001, 81, 273-238.
11. Mariani A, Webb M, Keeney G, [et al.]. Assessment of prognostic factors in stage IIIA endometrial cancer. *Gynecol Oncol.* 2002, 86, 38-44.
12. Kasamatsu T, Onda T, Kasamatu N, [et al.]. Prognostic significance of peritoneal cytology in endometrial carcinoma confined to the uterus. *Br J Cancer.* 2003, 27, 245-250.
13. Tebeu P, Popowski Y, Verkooyen H, [et al.]. Positive peritoneal cytology in early stage endometrial cancer does not influence prognosis. *Br J Cancer.* 2004, 16, 720-724.
14. Major F, Blessing J, Silverberg S, [et al.]. Prognostic factors in early stage uterine sarcoma: A Gynecologic Oncology Group study. *Cancer.* 1993, 71, Suppl 4, 1702-1709.
15. Giuntoli II R, Metzinger D, DiMarco C, [et al.]. Retrospective review of 208 patients with leiomyosarcoma of the uterus: prognostic indicators, surgical management, and adjuvant therapy. *Gynecol Oncol.* 2003, 89, 460-469.
16. Prat J. FIGO staging for uterine sarcomas. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009, 104, 177-178.

P R A C E K A Z U I S T Y C Z N E
położnictwo

Ciąża i poród u pacjentki po oszczędzającym leczeniu operacyjnym z powodu raka endometrioidalnego jajnika – opis przypadku

Pregnancy and delivery in a patient with endometrioidal cancer of the ovary after conservative surgical treatment – case report

Sikora-Szcześniak Dobrosława, Sikora Waclaw

Radomski Szpital Specjalistyczny, Oddział Ginekologiczno-Położniczy

Streszczenie

Rak jajnika u młodych kobiet występuje rzadko. Leczenie operacyjne tego schorzenia wiąże się z leczeniem choroby nowotworowej ale także z problemem zachowania funkcji rozrodczej jajnika. W określonych grupach kobiet operacja oszczędzająca płodność u pacjentki chcącej posiadać potomstwo jest wystarczającym i bezpiecznym postępowaniem terapeutycznym.

W pracy przedstawiono przypadek kolejnych ciąż i porodów u pacjentki po leczeniu oszczędzającym z powodu raka endometrioidalnego jajnika.

Słowa kluczowe: **złośliwe nowotwory jajnika / chirurgiczne leczenie oszczędzające / ciąża / poród /**

Abstract

Ovarian cancer is very rarely diagnosed in young women. In such cases surgery is undertaken not only to treat cancer but also to save ovarian procreative functions. In some groups of patients fertility-saving surgery in women who wish to have children later on is a sufficient and safe method.

The following article presents a case of subsequent pregnancies in a patient who had been operated on for endometrioidal cancer of the ovary.

Key words: **malignant ovarian tumors / conservative surgery / pregnancy / delivery /**

Adres do korespondencji:

Dobrosława L. Sikora-Szcześniak
Radomski Szpital Specjalistyczny, Oddział Ginekologiczno-Położniczy
26-610 Radom, ul. Narutowicza 20
tel./fax.: +48 48 3615123
e-mail: grzela71@wp.pl

Otrzymano: 20.06.2010
Zaakceptowano do druku: 20.09.2010