

Kamil Zalewski^{1, 2}, Marcin Misiek¹, Stanisław Góźdz¹, Mariusz Bidziński^{3, 4}

¹Klinika Ginekologii Onkologicznej, Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

²Katedra i Klinika Położnictwa, Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej II Wydziału Lekarskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

³Oddział Ginekologii i Patologii Ciąży, Szpital Specjalistyczny „Inflancka” im. Krysi Niżyńskiej „Zakurzonej” w Warszawie

⁴Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Nowy system klasyfikacji zaawansowania nowotworów jajnika, jajowodu i otrzewnej — stan na 2014 rok

The new FIGO staging system for ovarian, fallopian tube and primary peritoneal cancer — 2014 update

Adres do korespondencji:

Lek. Kamil Zalewski

Klinika Ginekologii Onkologicznej

Świętokrzyskie Centrum Onkologii

w Kielcach

e-mail: zalewski81@gmail.com

STRESZCZENIE

Zadania stojące przed twórcami każdego systemu klasyfikacji nowotworów są zbliżone: system powinien dawać wskazówki co do rokowania chorego, pomagać klinicyście w zaplanowaniu właściwego postępowania, pozwolić na ocenę wyników leczenia i umożliwić ich porównywanie w różnych ośrodkach oraz wreszcie przyczynić się do pogłębiania wiedzy o nowotworach. Powinien spełniać również trzy kryteria: powinien być wiarygodny, o udokumentowanej skuteczności oraz możliwy do zastosowania w praktyce klinicznej. W ostatnich latach pojawiło się wiele nowych informacji dotyczących patogenezy raka jajnika, a w opublikowanych pracach wskazano nowe czynniki rokownicze. Klasyfikację nowotworów jajnika u kobiet zaktualizowano na początku 2014 roku i po raz pierwszy uwzględniono w niej również nowotwory jajowodu i otrzewnej. Najważniejsze zmiany w nowej klasyfikacji raka jajnika, jajowodu i otrzewnej polegają na podzieleniu stopnia IC na trzy podgrupy obejmujące sytuacje związane z chirurgicznym uszkodzeniem torebki guza, pęknięciem torebki guza przed operacją i obecnością komórek w płynie otrzewnowym. Stopień IIC pominięto. Uznano, że chore z przerzutami ograniczonymi do węzłów chłonnych charakteryzują się lepszym rokowaniem niż osoby z przerzutami do otrzewnej i dlatego wyodrębniono tę grupę jako stopień IIIA1. Wyróżniono w niej dwie podgrupy na podstawie morfologii przerzutów do węzłów chłonnych. Mikroskopowe przerzuty do otrzewnej poza obszarem miednicy mniejszej zostały sklasyfikowane jako stopień IIIA2. W nowej klasyfikacji w stopniu IV wyodrębniono dwie podgrupy — stopień IVA, definiowany jako histopatologicznie lub cytologicznie potwierdzona obecność komórek nowotworowych w płynie z jam opłucnowych, oraz IVB — obejmujący przerzuty do miększu wątroby lub śledziony oraz przerzuty poza obszar jamy brzusznej. **Słowa kluczowe:** nowotwory jajnika, nowotwory jajowodu, nowotwory otrzewnej, stadium zaawansowania nowotworu

ABSTRACT

Goals of each cancer staging system are similar: it should give evidence about the prognosis of the patient, assist the clinician to plan appropriate treatment, allow for evaluation and comparison of treatment results in different centers and finally contribute to a deeper recognition of malignancy nature. The classification system should also meet three criteria: it should be credible, evidence-based and applicable in clinical practice. During recent years paramount changes have occurred in the pathogenesis of ovarian cancer and recent clinical studies have identified new prognostic factors. Therefore the last change in the classification of ovarian tumors in women was made at the beginning of 2014 and for the first time there were also included fallopian tube and primary peritoneal cancers. The main changes in the updated classification of cancer of the ovary, fallopian tube and the peritoneum are based on dividing the stage IC into three groups including surgical damage to the capsule of the tumor, tumor capsule rupture before the operation and the presence of malignant cells in the peritoneal fluid. Stage IIC has been omit-

ted. It was also considered that the presence of metastases limited to lymph nodes is a factor of better prognosis than peritoneal metastases and therefore this situation was distinguished as the stage IIIA1. Two subgroups were created on the basis of the morphology of lymph node metastases. Microscopic peritoneal metastasis outside the pelvis were staged as IIIA2. The new classification of stage IV was divided into two subgroups; IVA is defined as the presence of histologically or cytologically proven pleural involvement and IVB includes metastases to spleen or liver parenchyma as well as metastases outside the abdominal cavity.

Key words: ovarian neoplasms, fallopian tube neoplasms, peritoneal neoplasms, neoplasm staging

Onkol. Prak. Klin. 2015; 11, 3: 129–134

Wstęp

Na przestrzeni lat dzięki postępom wiedzy o patogenie nowotworów ginekologicznych, metod ich diagnostyki i sposobów leczenia zmiana ulega także nasza wiedza o czynnikach wpływających na rokowanie chorych. Uwzględniając aktualny stan wiedzy, w 2009 roku Komitet do spraw Ginekologii Onkologicznej Międzynarodowej Federacji Ginekologów i Położników (*International Federation of Gynecology and Obstetrics Committee on Gynecologic Oncology*) wprowadził zmiany w klasyfikacji zaawansowania raka błony śluzowej trzonu macicy, raka szyjki macicy i raka sromu [1]. Wtedy też zauważono potrzebę uaktualnienia klasyfikacji raka jajnika wynikającą między innymi z nowych informacji na temat mechanizmów jego powstawania i występowania stanów przednowotworowych [2], podobnego obrazu klinicznego, leczenia i rokowania raków surowiczych wywodzących się z jajnika, jajowodu i otrzewnej [3, 4]. Brak systemu klasyfikacji raka otrzewnej i możliwości jednoznacznego i wiarygodnego zweryfikowania punktu wyjścia nowotworu (jajnik, jajowód, otrzewna) w rakach surowiczych i wreszcie wyodrębnienie nowych czynników rokowniczych (np. rozmiar przerzutu do węzłów chłonnych, przyczyna pęknięcia torebki guza) spowodowały potrzebę aktualizacji dotychczasowych definicji stopniowania wyżej wymienionych nowotworów. Komitet FIGO we współpracy z *Union for International Cancer Control (UICC)*, *European Society of Gynecological Oncology (ESGO)*, *Society of Gynecologic Oncology (SGO)*, *Gynecologic Cancer Intergroup (GCIg)* i *American Joint Committee on Cancer (AJCC)* rozpoczął prace nad nową klasyfikacją raka jajnika, która została opublikowana w formie raportu w styczniu 2014 roku [5]. Autorzy omawiają zmiany, jakie zostały prowadzone, w porównaniu z poprzednią klasyfikacją raka jajnika z 1988 roku.

I stopień zaawansowania raka jajnika, jajowodu i otrzewnej

I stopień zaawansowania rozpoznaje się, gdy jajnik lub jajowód są zajęte przez nowotwór lub też stwierdza

się obecność komórek nowotworowych w płynie lub popłuczynach z jamy otrzewnej. Autorzy nowej klasyfikacji zwracają uwagę na wiele sytuacji klinicznych towarzyszących temu stopniu zaawansowania. Stopnie IA i IB praktycznie nie uległy zmianie. Główną zmianą w stosunku do klasyfikacji z 1998 roku jest zalecenie w ich przypadku określenia punktu wyjścia nowotworu z jajnika lub jajowodu. W sytuacji gdy nie jest to możliwe, należy taką informację ująć w raporcie histopatologicznym jako „nieokreślony punkt wyjścia” [5]. Nie ma możliwości przyporządkowania I stopnia zaawansowania rakowi otrzewnej. Stopień zaawansowania IB występuje w 1–5% przypadków [6, 7]. Członkowie komitetu FIGO zwracają uwagę, że obustronne guzy o widocznej dysproporcji w ich średnicy lub jednokomorowe po jednej a wielokomorowe po drugiej stronie w blisko 1/3 przypadków są charakterystyczne dla zmian przerzutowych z jednego jajnika do drugiego [7]. Należy zwrócić na to szczególną uwagę i, o ile to możliwe, uwzględnić taką informację w opisie badania histopatologicznego. Nie wiadomo dokładnie, jakie jest znaczenie kliniczne obecności komórek nowotworowych w płynie lub popłuczynach z jamy, ale w niektórych pracach wskazuje się, że śródoperacyjne pęknięcie torebki guza lub dodatni wynik badania cytologicznego są niezależnymi czynnikami pogarszającymi rokowanie [8]. To jeden z powodów, dla których komitet FIGO zdecydował się na rozdzielenie I stopnia na trzy podgrupy: śródoperacyjne pęknięcie torebki guza (IC1), przedoperacyjne pęknięcie torebki guza (IC2) i wreszcie obecność komórek w płynie otrzewnowym (IC3). Przyczynę pęknięcia torebki guza często stanowią liczne zrosty wewnątrzotrzewnowe. Jeśli są w nich obecne komórki nowotworowe, to nowotwór pozornie będący w I stopniu zaawansowania powinien być klasyfikowany jako II stopień zaawansowania. W przypadku śródoperacyjnego pęknięcia torebki guza należy ponownie pobrać rozmaz cytologiczny. Zajęcie powierzchni jajnika lub jajowodu należy opisywać tylko wtedy, gdy stwierdza się komórki nowotworowe w naroślach przerastających na powierzchnię torebki guza i będących w bezpośrednim kontakcie z jamą otrzewnową. Typ histologiczny nowotworu i stopień jego zróżnicowania wpływają na wyniki leczenia, dlatego każdorazowo powinny być określone (tab. 1).

Tabela 1. Rak jajnika, jajowodu, otrzewnej: aktualna klasyfikacja I stopnia zaawansowania według *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO; wersja 2014)

Klasyfikacja FIGO (wersja 1998)		Klasyfikacja FIGO (wersja 2014*)	
Stopień I: Nowotwór ograniczony do jajników		Stopień I: Nowotwór ograniczony do jajników lub jajowodów	
IA	Guz ograniczony do 1 jajnika (nienaruszona ciągłość torebki guza), brak zmian na powierzchni, brak komórek nowotworowych w płynie lub w popłuczynach z jamy otrzewnowej	IA	Guz ograniczony do 1 jajnika <i>lub jajowodu</i> (nienaruszona ciągłość torebki guza) brak zmian na powierzchni jajnika <i>lub jajowodu</i> , brak komórek nowotworowych w płynie lub w popłuczynach z jamy otrzewnowej
IB	Guz ograniczony do 2 jajników (nienaruszona ciągłość torebki guzów), brak zmian na powierzchni, brak komórek nowotworowych w płynie lub w popłuczynach z jamy otrzewnowej	IB	Guz ograniczony do 2 jajników <i>lub jajowodów</i> (nienaruszona ciągłość torebki guzów) brak zmian na powierzchni jajników <i>lub jajowodów</i> , brak komórek nowotworowych w płynie lub w popłuczynach z jamy otrzewnowej
IC	Guz ograniczony do 1 lub 2 jajników z pękniętą torebką guza lub ze zmianami na powierzchni lub z obecnością komórek nowotworowych w płynie lub w popłuczynach z jamy otrzewnowej	IC	Guz ograniczony do 1 lub 2 jajników <i>lub 2 jajowodów</i> z:
		IC1	<i>śródooperacyjnym uszkodzeniem ciągłości torebki</i>
		IC2	<i>naruszoną ciągłością torebki przed operacją lub</i>
		IC3	<i>obecnością guza na powierzchni jajowodu lub jajnika komórkami nowotworowymi w płynie lub popłuczynach z jamy otrzewnowej</i>

*Zmiany zaznaczono kursywą

II stopień zaawansowania raka jajnika, jajowodu i otrzewnej

II stopień zaawansowania, do którego zalicza się około 10% wszystkich raków jajnika pozostaje trudny do precyzyjnego zdefiniowania i bardzo heterogenny [6]. Dotyczy on sytuacji, gdy guz jajnika bezpośrednio nacieka inne struktury miednicy mniejszej, a także obejmuje przypadki, w których stwierdza się przerzuty do otrzewnej miednicy mniejszej (poniżej płaszczyzny wchodu). Esica i odbytnica znajdują się w obrębie miednicy mniejszej, a więc przerzuty i naciekanie ich surowicówki (ale bez naciekania mięśniówki ściany jelita i zajęcia śluzówki) powinno być klasyfikowane jako II stopień zaawansowania. Komitet FIGO uznał, że dzielenie tej nielicznej grupy na podstawie obecności zmian mikro- i makroskopowych nie ma uzasadnienia na podstawie obecnego stanu wiedzy, tym bardziej że wszystkie te chore otrzymają adiuwantową chemioterapię. Guzy, które makroskopowo mogłyby zostać zaklasyfikowane do I stopnia, ale w otaczających je zrostach (z otaczającymi strukturami) została potwierdzona histopatologicznie obecność komórek nowotworowych, powinno się klasyfikować jako II stopień zaawansowania. Obecny w starej klasyfikacji stopień zaawansowania IIC (stopień IIA lub IIB, ale z obecnymi komórkami nowotworowymi w jamie otrzewnowej) w nowej klasyfikacji pominięto (tab. 2).

III stopień zaawansowania raka jajnika, jajowodu i otrzewnej

W III stopień zaawansowania dotyczy większości przypadków raka jajnika [6]. Obejmuje on chore z przerzutami poza obszar miednicy mniejszej; do otrzewnej, przepony, sieci większej, jelit, torebki wątroby lub torebki śledziony bez zajęcia mięszu tych narządów, wreszcie węzłów chłonnych przestrzeni zewnątrzotrzewnowej. O ile częstość występowania przerzutów do węzłów chłonnych w stopniach zaawansowania I i II wynosi 9% i 36%, to w III stopniu zaawansowania sięga 55% [9]. Opisywane są także izolowane przerzuty do węzłów chłonnych okołoaortalnych [10]. Ze względu na dane wskazujące, że izolowane przerzuty do węzłów chłonnych nie wpływają na rokowanie tak negatywnie jak przerzuty wewnątrz jamy otrzewnowej wyodrębniono tę grupę pacjentów dotychczas klasyfikowanych w stopniu IIIC jako stopień IIIA1 [11–16]. Pomimo braku dowodów wskazujących na wpływ rozmiaru przerzutów w węzłach chłonnych na rokowanie pacjentów komitet FIGO zdecydował o wydzieleniu w ramach tego stopnia dwóch podgrup: IIIA1(i) (przerzuty o średnicy ≤ 10 mm w największym wymiarze) i IIIA1(ii) (przerzuty o średnicy > 10 mm). Zajęcie węzłów chłonnych musi być potwierdzone cytologicznie lub histologicznie, a wymiar 10 mm różnicujący stopień IIIA1 odnosi się do rozmiaru zmiany przerzutowej, a nie węzła chłonnego. Komitet

Tabela 2. Rak jajnika, jajowodu, otrzewnej: aktualna klasyfikacja II stopnia zaawansowania według *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO; wersja 2014)

Klasyfikacja FIGO (wersja 1998)		Klasyfikacja FIGO (wersja 2014*)	
Stopień II: Nowotwór ograniczony do jajników z zajęciem struktury miednicy mniejszej		Stopień II: Nowotwór ograniczony do jajników lub jajowodów z zajęciem struktury miednicy mniejszej (poniżej płaszczyzny wchodu miednicy) lub pierwotny rak otrzewnej	
IIA	Zajęcie i/lub wszczepy na powierzchni macicy i/lub jajowodzie/jajowodach; brak komórek nowotworowych w płynie lub popłuczynach z jamy otrzewnowej	IIA	Zajęcie i/lub wszczepy na powierzchni macicy i/lub jajowodu/jajowodów
IIB	Zajęcie innych struktur miednicy mniejszej; brak komórek nowotworowych w płynie lub popłuczynach z jamy otrzewnowej	IIB	Zajęcie innych struktur miednicy mniejszej
IIC	Zajęcie struktur miednicy mniejszej (IIA lub IIB); obecne komórki nowotworowe w płynie lub popłuczynach z jamy otrzewnowej		

*Zmiany zaznaczono kursywą

FIGO zdecydował, że zajęcie węzłów chłonnych powyżej poziomu przepony powinno być klasyfikowane nie jako III, ale jako IV stopień zaawansowania. Mikroskopowe przerzuty do otrzewnej poza miednicą mniejszą (powyżej płaszczyzny wchodu miednicy) niezależnie od stanu węzłów chłonnych zaotrzewnowych zostały zdefiniowane jako stopień IIIA2. Do stopnia IIIB włączono chore z makroskopowymi przerzutami do otrzewnej poza miednicą mniejszą o maksymalnej średnicy 2 cm z lub bez przerzutów do węzłów chłonnych zaotrzewnowych. Tym samym część pacjentek zakwalifikowanych wcześniej do stopnia IIC według nowej klasyfikacji znajdzie się w stopniu IIIA lub IIIB. Stopień IIIB obejmuje również chore z przerzutami nowotworowymi do torebki wątroby i śledziony, ale nienaciekającymi ich mięszu. Zmiany o średnicy powyżej 2 cm włączono do stopnia IIC (tab. 3).

IV stopień zaawansowania raka jajnika, jajowodu i otrzewnej

IV stopień zaawansowania nowotworów jajnika, jajowodu i otrzewnej obejmuje przerzuty odległe z wyłączeniem zmian na otrzewnej (stopnie II i III). Stopień IV został podzielony na dwie podgrupy: IVA, obejmujący obecność komórek nowotworowych w płynie opłucnowym, oraz IVB, obejmujący przypadki zmian przerzutowych lub naciekających mięsz wątroby lub śledziony i/lub przerzuty poza obszar jamy brzusznej (przerzuty do pępka oraz nacieki ściany jelita z nacieczeniem śluzówki). Z dotychczasowego stopnia zaawansowania IIC zostały przeniesione do stopnia IVB chore z przerzutami do

węzłów chłonnych pachwinowych oraz zajęciami węzłami chłonnymi powyżej poziomu przepony. Pomimo opinii sugerujących, że izolowane, możliwe do chirurgicznego usunięcia przerzuty do wątroby lub śledziony powinny być klasyfikowane w stopniu IIC, komitet FIGO utrzymał w ich przypadku stopień IVB i zalecił różnicowanie z naciekiem z sieci większej (tab. 4).

Komentarz

Postępy w wiedzy na temat biologii i patogenezy raka jajnika, a także uwzględnienie wpływu czynników, które mają zasadnicze znaczenie w rokowaniu spowodowały konieczność wprowadzenia powyżej opisanych zmian. Nowa klasyfikacja nowotworów jajnika, jajowodu i otrzewnej cały czas bazuje jednak na raporcie chirurgicznym i patologicznym. Wymaga to szczególnej dokładności ze strony zespołu operującego w realizacji zabiegu zgodnie z protokołem operacyjnym raka jajnika. Po otwarciu powłoki jamy brzusznej, w sytuacji gdy nie ma rozsiewu nowotworu, powinien być pobrany do badania cytologicznego płyn lub popłuczyny z zatoki Douglasa (ze względu na opisany powyżej podział stopnia IC). W przypadku śródoperacyjnego pęknięcia torebki guza ponownie powinno się pobrać preparat do badania cytologicznego. Poza przypadkami, w których podejmuje się próbę zachowania płodności, dalszy zakres operacji powinien obejmować wycięcie macicy z przydatkami, wycięcie węzłów chłonnych biodrowo-zaślonowych i okołoaortalnych, wycięcie sieci większej do wysokości poprzecznicy i pobranie wycinków ze zmienionych

Tabela 3. Rak jajnika, jajowodu, otrzewnej: aktualna klasyfikacja III stopnia zaawansowania według *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO; wersja 2014)

Klasyfikacja FIGO (wersja 1998)		Klasyfikacja FIGO (wersja 2014*)	
Stopień III: Nowotwór obejmujący 1 lub 2 jajniki z mikroskopowymi przerzutami do otrzewnej poza miednicą mniejszą i/lub przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych		Stopień III: Nowotwór obejmujący 1 lub 2 jajniki lub jajowód/jajowody, lub pierwotny rak otrzewnej z przerzutami do otrzewnej poza miednicą mniejszą i/lub przerzuty do węzłów chłonnych zaotrzewnowych	
IIIA	Mikroskopowe przerzuty do otrzewnej poza miednicą mniejszą	IIIA1	<i>Przerzuty nowotworowe obecne tylko w węzłach chłonnych zaotrzewnowych (potwierdzony cytologicznie lub histologicznie)</i>
		IIIA1(i)	<i>Szerokość przerzutów w największym wymiarze ≤ 10 mm</i>
		IIIA1(ii)	<i>Szerokość przerzutów w największym wymiarze > 10 mm</i>
		IIA2	<i>Mikroskopowe przerzuty do otrzewnej poza miednicą mniejszą (powyżej płaszczyzny wchodu miednicy) z lub bez przerzutów do węzłów chłonnych zaotrzewnowych</i>
IIIB	Makroskopowe przerzuty do otrzewnej poza miednicą mniejszą o średnicy ≤ 2 cm	IIIB	Makroskopowe przerzuty do otrzewnej poza miednicą mniejszą o średnicy ≤ 2 cm w największym wymiarze z lub bez przerzutów do węzłów chłonnych zaotrzewnowych (włączając w to zajęcie przez nowotwór torebki wątroby i śledziony bez naciekania ich mięszu)
IIIC	Makroskopowe przerzuty do otrzewnej poza miednicą mniejszą o średnicy > 2 cm i/lub przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych	IIIC	Makroskopowe przerzuty do otrzewnej poza miednicą mniejszą o średnicy > 2 cm w największym wymiarze z lub bez przerzutów do węzłów chłonnych zaotrzewnowych (włączając w to zajęcie przez nowotwór torebki wątroby i śledziony bez naciekania ich mięszu)

*Zmiany zaznaczono kursywą

Tabela 4. Rak jajnika, jajowodu, otrzewnej: aktualna klasyfikacja IV stopnia zaawansowania według *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO; wersja 2014)

Klasyfikacja FIGO (wersja 1998)		Klasyfikacja FIGO (wersja 2014*)	
Stopień IV: Odległe przerzuty (wyłączając przerzuty do otrzewnej)		Stopień IV: Odległe przerzuty (wyłączając przerzuty do otrzewnej)	
IV	Odległe przerzuty (wyłączając przerzuty do otrzewnej)	IVA	<i>Wysięk w jamie opłucnowej z potwierdzonymi cytologicznie komórkami nowotworowymi</i>
		IVB	<i>Przerzuty do mięszu wątroby i śledziony oraz przerzuty do narządów poza jamą brzuszną (włączając w to węzły chłonne pachwinowe i węzły chłonne poza jamą brzuszną)</i>

*Zmiany zaznaczono kursywą

makroskopowo miejsc lub (w przypadku ich braku) z losowo wybranych fragmentów otrzewnej. W przypadku chorych z zaawansowaną chorobą leczenie chirurgiczne powinno obejmować usunięcie wszyst-

kich makroskopowo widocznych zmian i zrostów towarzyszących zmianie pierwotnej [17].

Oprócz informacji dotyczących zakresu zastanych zmian nowotworowych raport chirurgiczny powinien

kończyć się charakterystyką pozostawionych zmian definiowanych jako „kompletna cytoredukcja” — w sytuacji gdy nie pozostawiono żadnych makroskopowych zmian, „optymalna cytoredukcja” — gdy pozostawione zmiany są mniejsze niż 1 cm, i wreszcie „suboptymalna cytoredukcja” — gdy wielkość pozostawionych zmian przekracza 1 cm. Oprócz stopnia zaawansowania choroby i zróżnicowania nowotworu zakres pozostawionych zmian jest niezależnym czynnikiem rokowniczym [18].

W ośrodkach operujących chore z rakiem jajnika należy uczulić patomorfologów na konieczność uwzględnienia w raporcie histopatologicznym punktu wyjścia nowotworu, a jeśli nie jest to możliwe, to taka informacja również powinna zostać zawarta. Morfologia i wielkość przerzutów w usuniętych węzłach chłonnych również powinny być opisane w raporcie histopatologicznym. Jakkolwiek przechodzenie nacieku przez torebkę węzła nie wpływa na zmianę stopnia zaawansowania, wydaje się, że powinno być uwzględnione w opisie. Naciek mięśniówki jelita obejmujący śluzówkę podobnie jak zmiany przerzutowe w wyrostku robaczkowym klasyfikowane się jako stopień IVB, podobnie jak przerzuty do węzłów chłonnych pachwinowych.

Nowa klasyfikacja nie powinna wpłynąć na zasady wdrażania uzupełniającej chemioterapii lub kwalifikowanie chorych do programów terapeutycznych finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia [19]. Ponieważ nowy system klasyfikacji zaawansowania raka jajnika, otrzewnej i jajowodu nie jest jeszcze powszechnie stosowany, należy w okresie przejściowym uwzględniać informację, według której klasyfikacji (FIGO 1988 vs. FIGO 2014) zostało ustalone rozpoznanie.

Wydaje się, że wykorzystanie tych wskazówek w praktyce klinicznej pozwoli na właściwe zaklasyfikowanie chorych do odpowiedniego stopnia zaawansowania, zastosowanie i możliwość porównania wyników leczenia. Dlatego należy zaapelować do osób pracujących z chorymi na nowotwory ginekologiczne o wdrożenie w życie nowego systemu klasyfikacji raka jajnika, jajowodu i otrzewnej.

Piśmiennictwo

1. Zalewski K., Doniec J., Baranowski W., Bidzinski M., Revised FIGO staging systems for gynecologic malignancies — 2009 update. *Ginekol Pol.* 2010; 81: 778–782.
2. Piek J.M., van Diest P.J., Zweemer R.P. i wsp. Dysplastic changes in prophylactically removed Fallopian tubes of women predisposed to developing ovarian cancer. *J. Pathol.* 2001; 195: 451–456.
3. Cannistra S.A., Gershenson D.M., Rechta A. Ovarian cancer, fallopian tube carcinoma and peritoneal carcinoma. W: DeVita V.T. Jr, Lawrence T.S., Rosenberg S.A. (red.). *Cancer: Principles and practice of oncology*. Wyd. 9. Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia 2011: 1368–1391.
4. Vaughan S., Coward J.I., Bast R.C. Jr i wsp. Rethinking ovarian cancer: recommendations for improving outcomes. *Nat. Rev. Cancer* 2011; 11: 719–725.
5. Prat J. Staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 2014; 124: 1–5.
6. Heintz A.P., Odicino F., Maisonneuve P. i wsp. Carcinoma of the ovary. FIGO 26th Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 2006; 95 (supl. 1): S161–S92.
7. Yemelyanova A.V., Cosin J.A., Bidus M.A., Boice C.R., Seidman J.D. Pathology of stage I versus stage III ovarian carcinoma with implications for pathogenesis and screening. *Int. J. Gynecol. Cancer* 2008; 18: 465–469.
8. Bakkum-Gamez J.N., Richardson D.L., Seamon L.G. i wsp. Influence of intraoperative capsule rupture on outcomes in stage I epithelial ovarian cancer. *Obstet. Gynecol.* 2009; 113: 11–17.
9. Ayhan A., Gultekin M., Dursun P. i wsp. Metastatic lymph node number in epithelial ovarian carcinoma: does it have any clinical significance? *Gynecol. Oncol.* 2008; 108: 428–432.
10. Bidziński M., Radziszewski J., Panek G., Danska-Bidzińska A. Risk of lymph node metastases in patients with ovarian cancer. *Ginekol. Pol.* 2004; 74: 126–130.
11. Baek S.J., Park J.Y., Kim D.Y. i wsp. Stage IIIC epithelial ovarian cancer classified solely by lymph node metastasis has a more favorable prognosis than other types of stage IIIC epithelial ovarian cancer. *J. Gynecol. Oncol.* 2008; 19: 223–228.
12. Onda T., Yokishikawa H., Yasugi T. i wsp. Patients with ovarian carcinoma upstaged to stage III after systemic lymphadenectomy have similar survival to Stage I/II patients and superior survival to other stage III patients. *Cancer* 1998; 83: 1555–1560.
13. Kanazawa K., Suzuki T., Tokashika M. The validity and significance of substage IIIC by node involvement in ovarian cancer: impact of nodal metastasis on patient survival. *Gynecol. Oncol.* 1999; 73: 237–241.
14. Cliby W.A., Aletti G.D., Wilson T.O. i wsp. Is it justified to classify patients to stage IIIC epithelial ovarian cancer based on nodal involvement only? *Gynecol. Oncol.* 2006; 103: 797–801.
15. Panici P.B., Maggioni A., Hacker N. i wsp. Systematic aortic and pelvic lymphadenectomy versus resection of bulky nodes only in optimally debulked advanced ovarian cancer: a randomized clinical trial. *J. Natl. Cancer Inst.* 2005; 97: 560–566.
16. Ferrandina G., Scambia G., Legge F., Petrillo M., Salutati V. Ovarian cancer patients with “node positive-only” stage IIIC disease have a more favorable outcome than stage IIIA/B. *Gynecol. Oncol.* 2007; 107: 154–156.
17. Markowska J., Kornafel J., Karolewski K. i wsp. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące nabłonkowych nowotworów jajnika: raka jajnika oraz guzów o granicznej złośliwości — grudzień 2013. www.ptgo.pl.
18. Bristow R.E., Tomacruz R.S., Armstrong D.K. i wsp. Survival effect of maximal cytoreductive surgery for advanced ovarian carcinoma during the platinum era: a meta-analysis. *J. Clin. Oncol.* 2002; 20: 1248–1259.
19. <http://www.mz.gov.pl/leki/refundacja/programy-lekowe/choroby-onkologiczne>.