

The figure of the Crabb, called Cancer in Latine.



KLINIKA GINEKOLOGII I ONKOLOGII
SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE

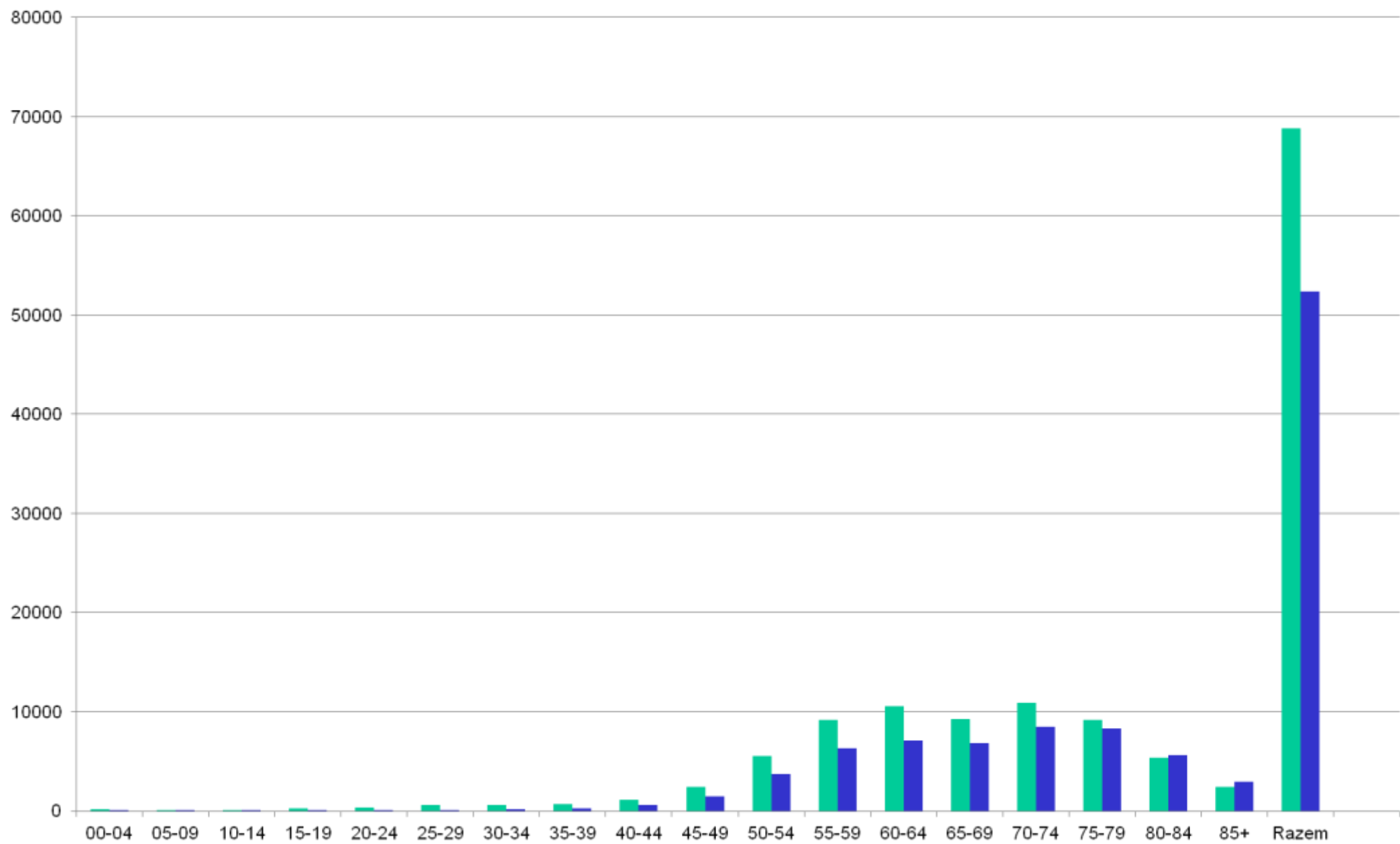
Jan Bahyrycz
wspak@wp.pl

Epidemiologia npl złośliwe w Polsce 2009r

	zachorowania	zgony
kobiety	69 178	40 888
mężczyźni	68 854	52 394
łącznie	138 032	93 282

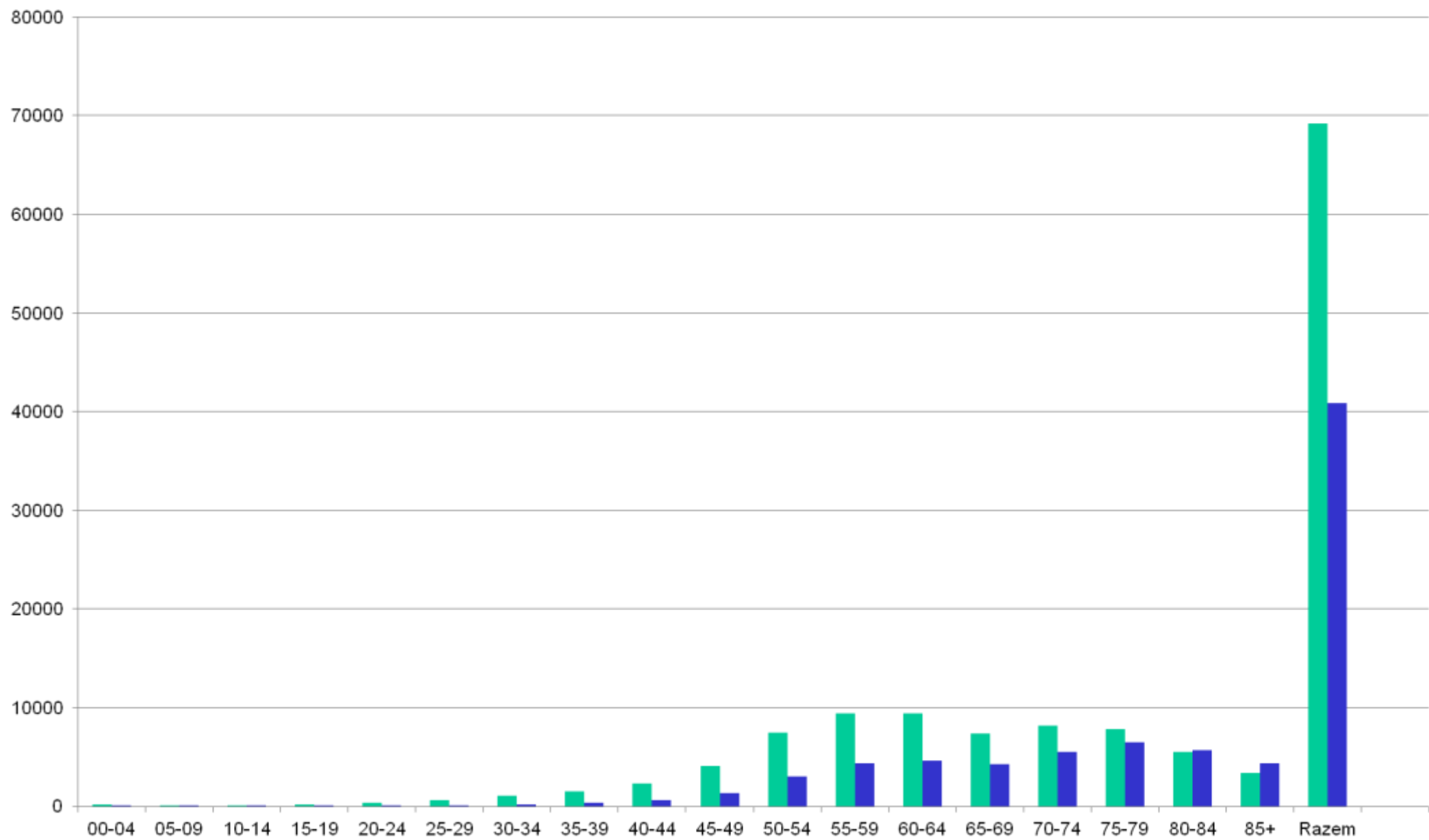
Nowotwory u mężczyzn – 2009r

■ zachorowania ■ zgony

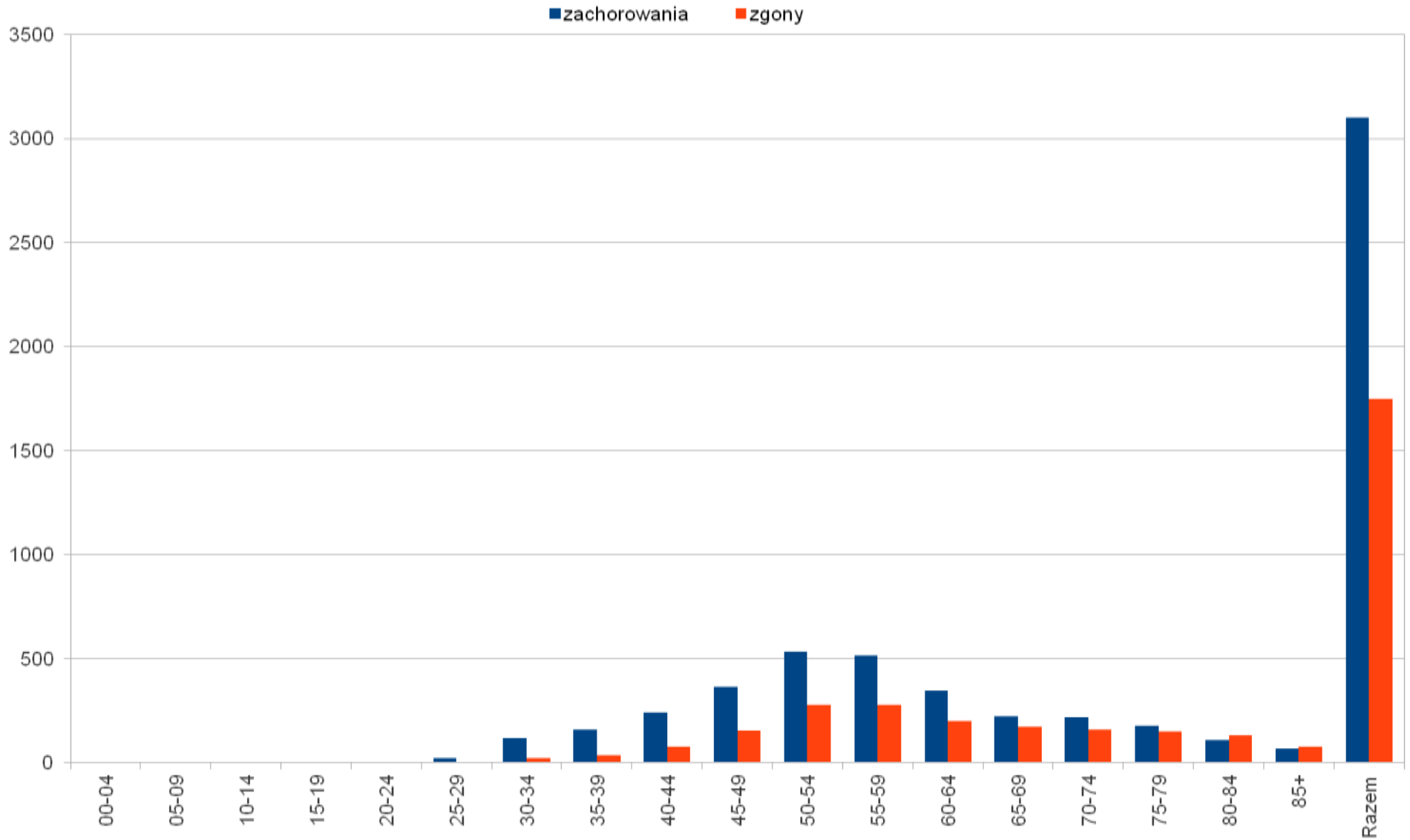


Nowotwory u kobiet – 2009r

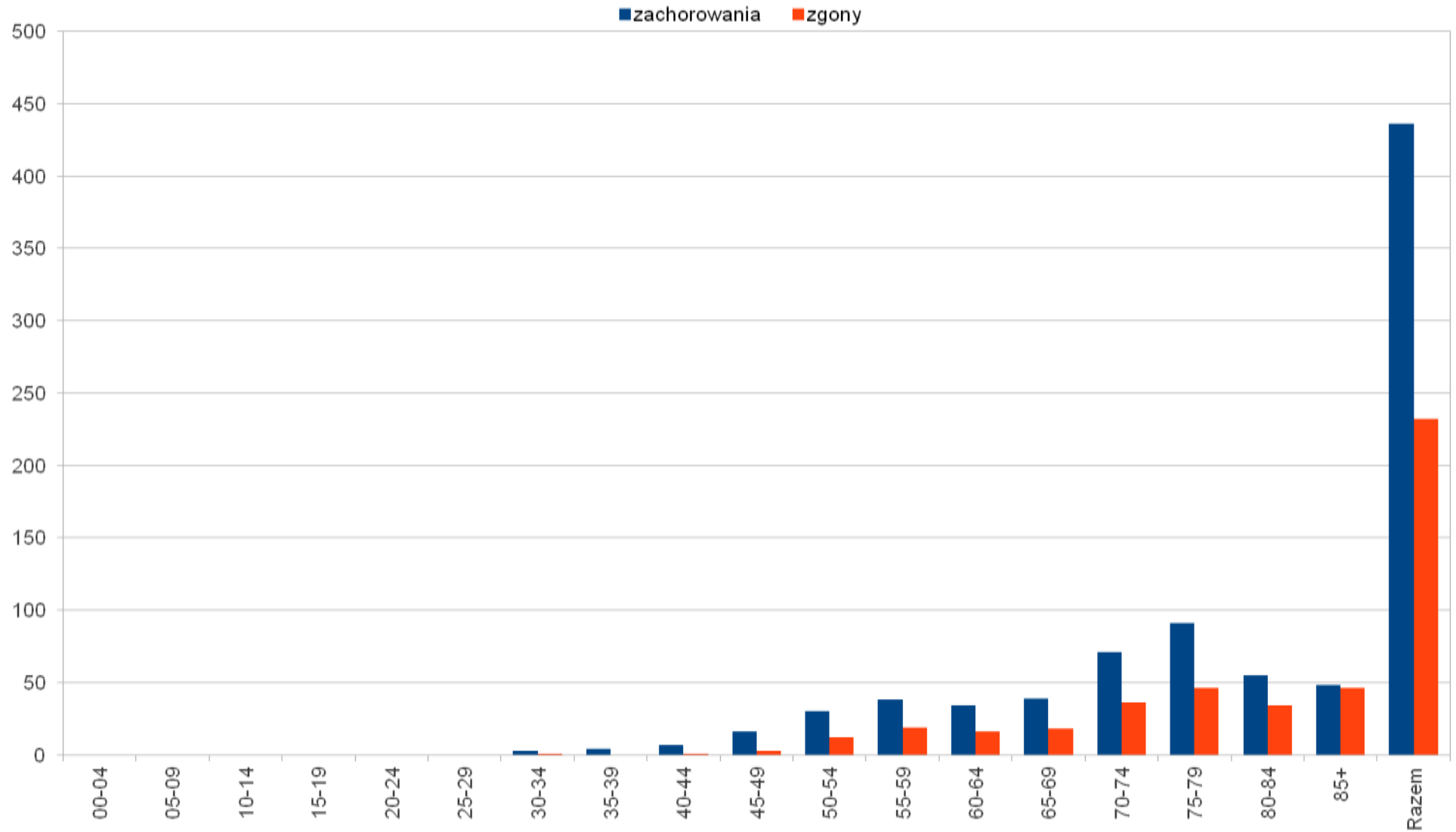
■ zachorowania ■ zgony



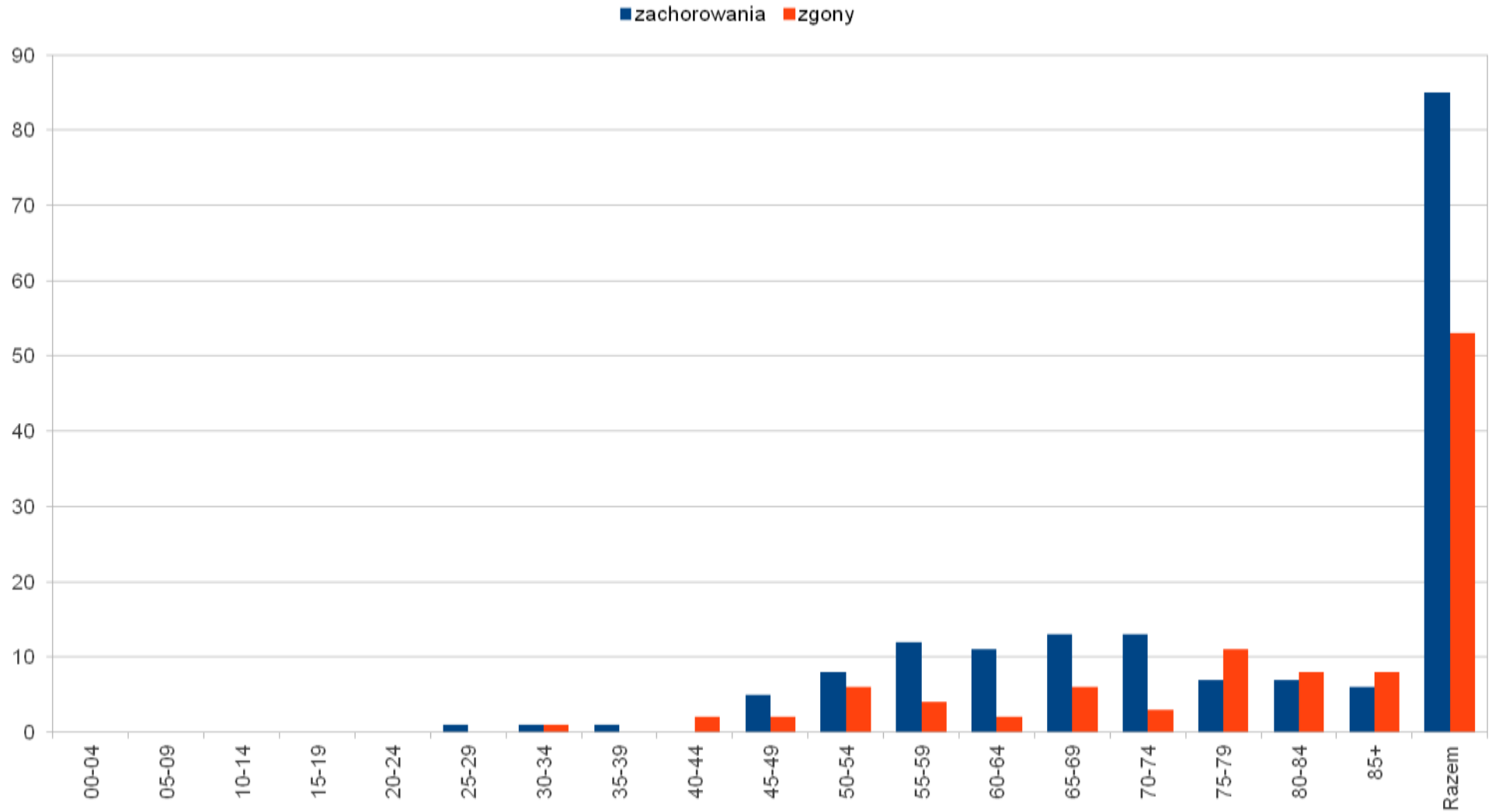
Rak szyjki macicy - 2009r



Rak sromu - 2009r

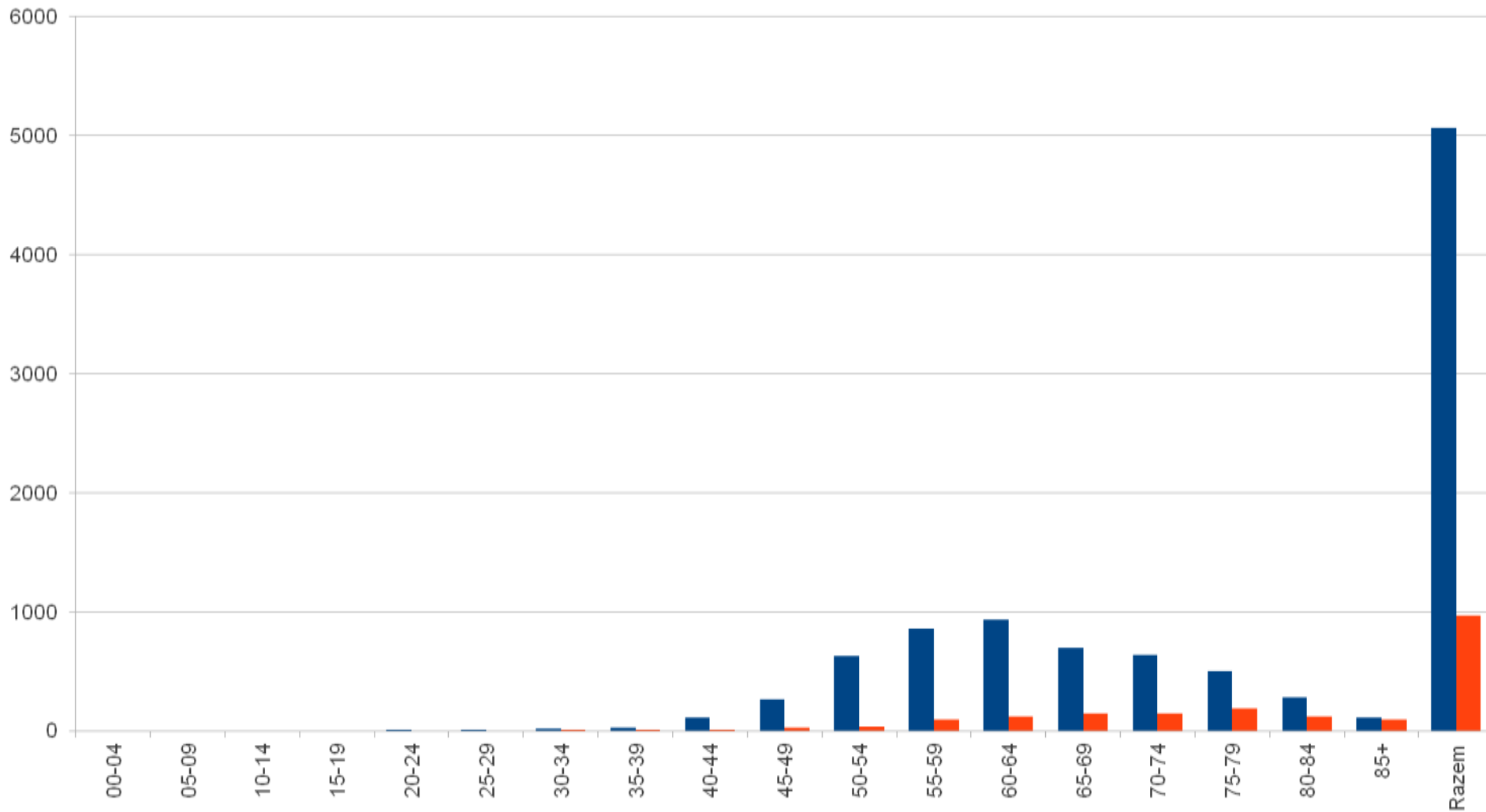


Rak pochwy – 2009r

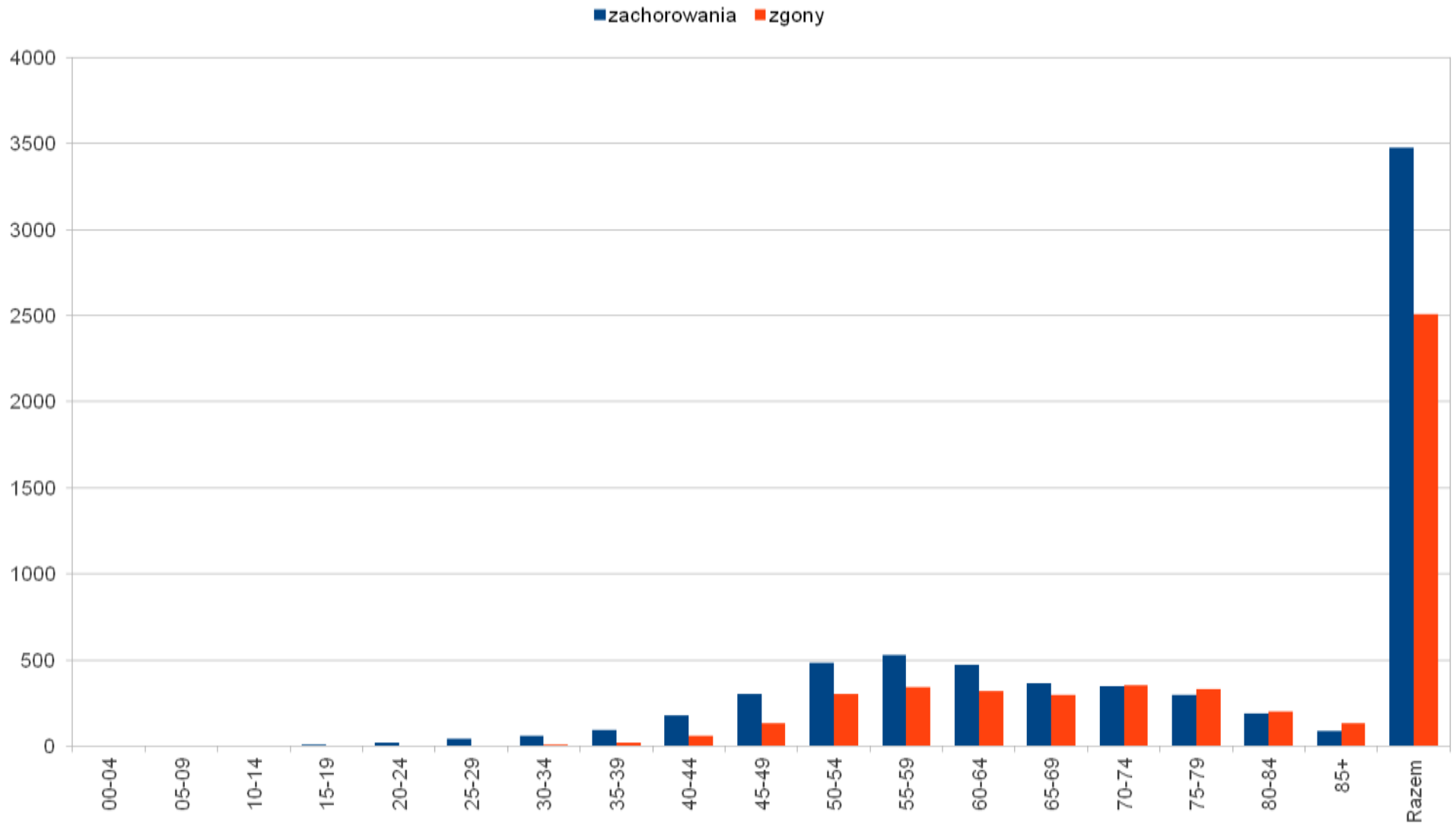


Rak trzonu macicy – 2009r

■ zachorowania ■ zgony

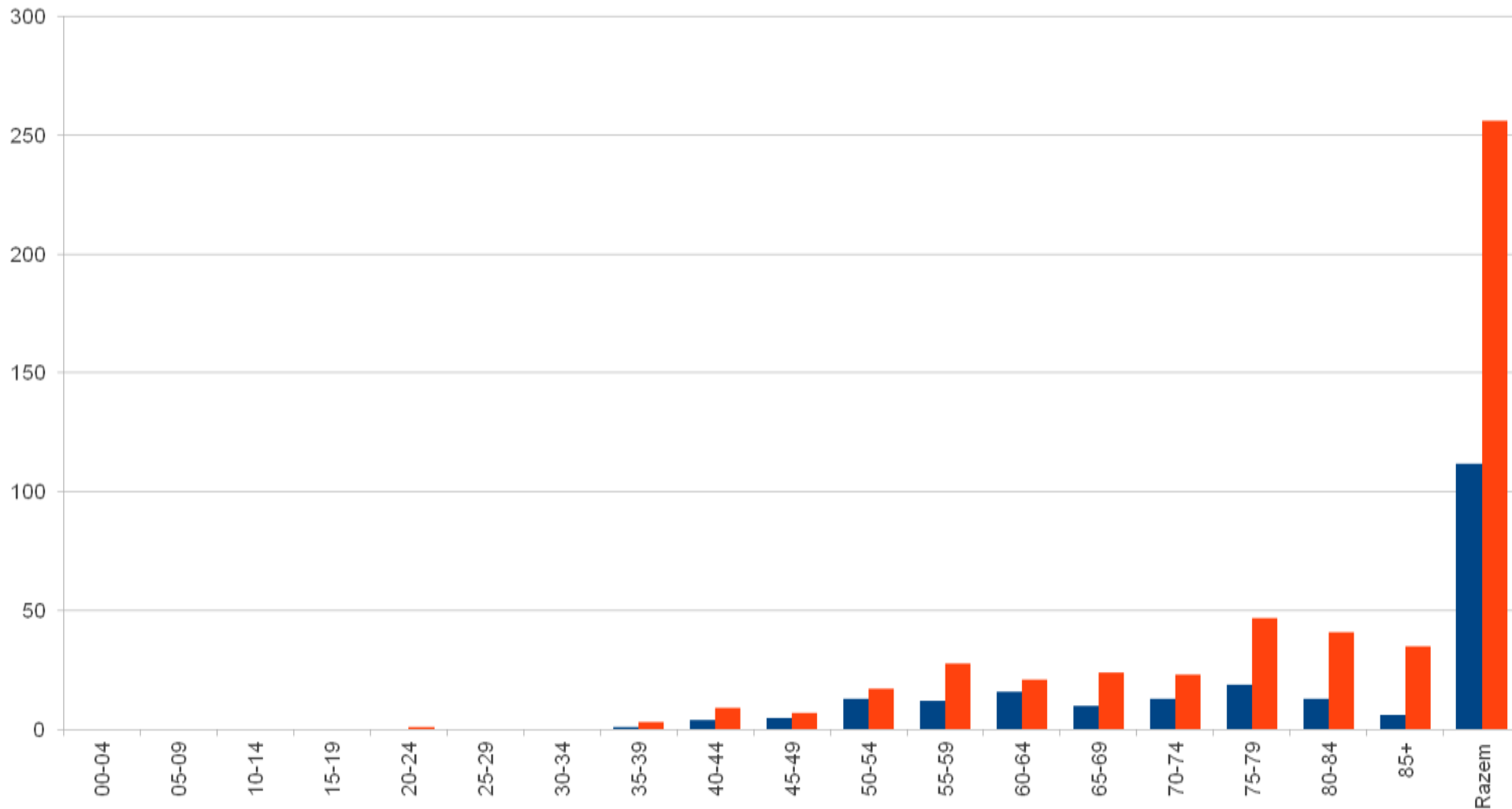


Rak jajnika – 2009r

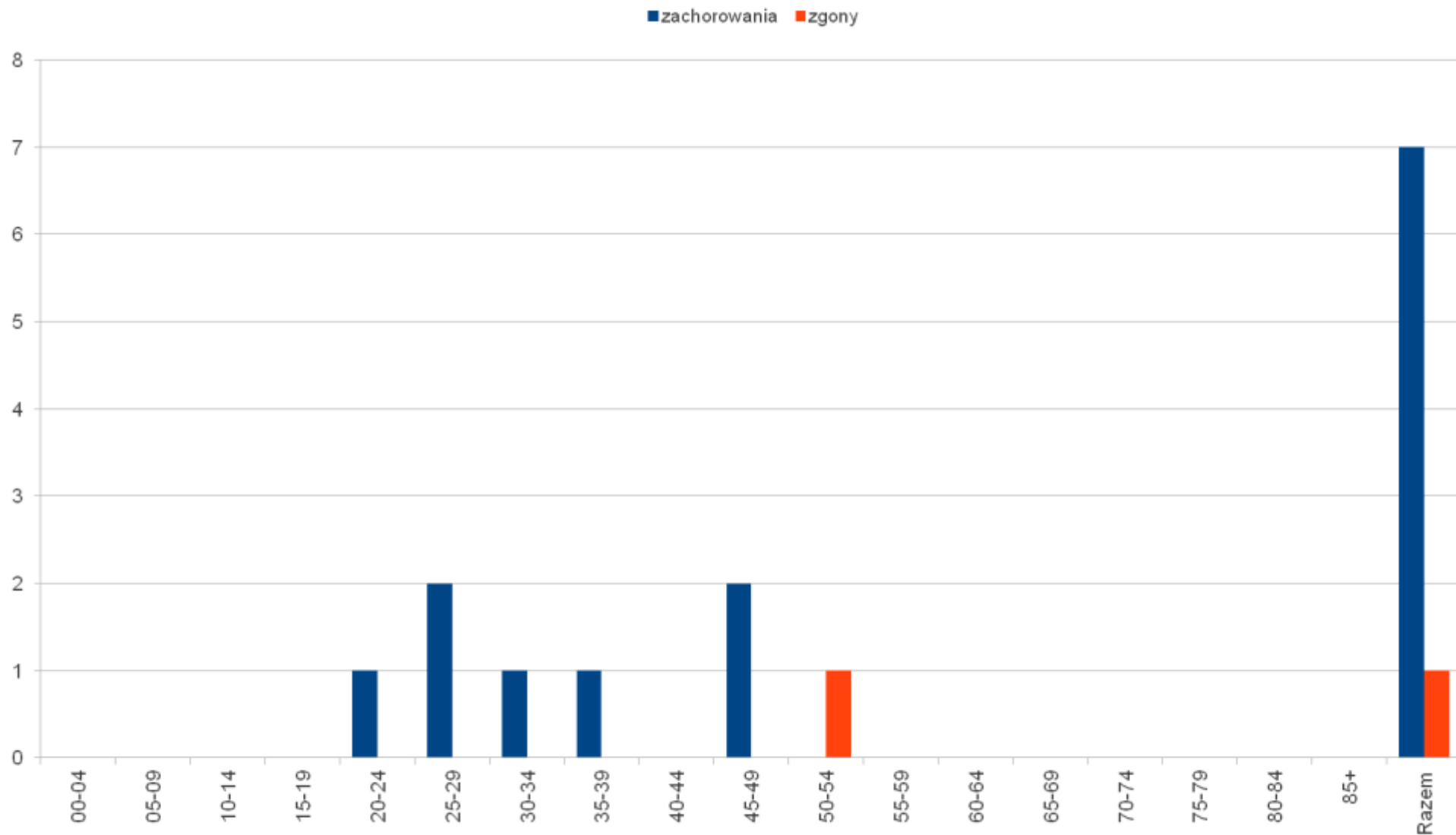


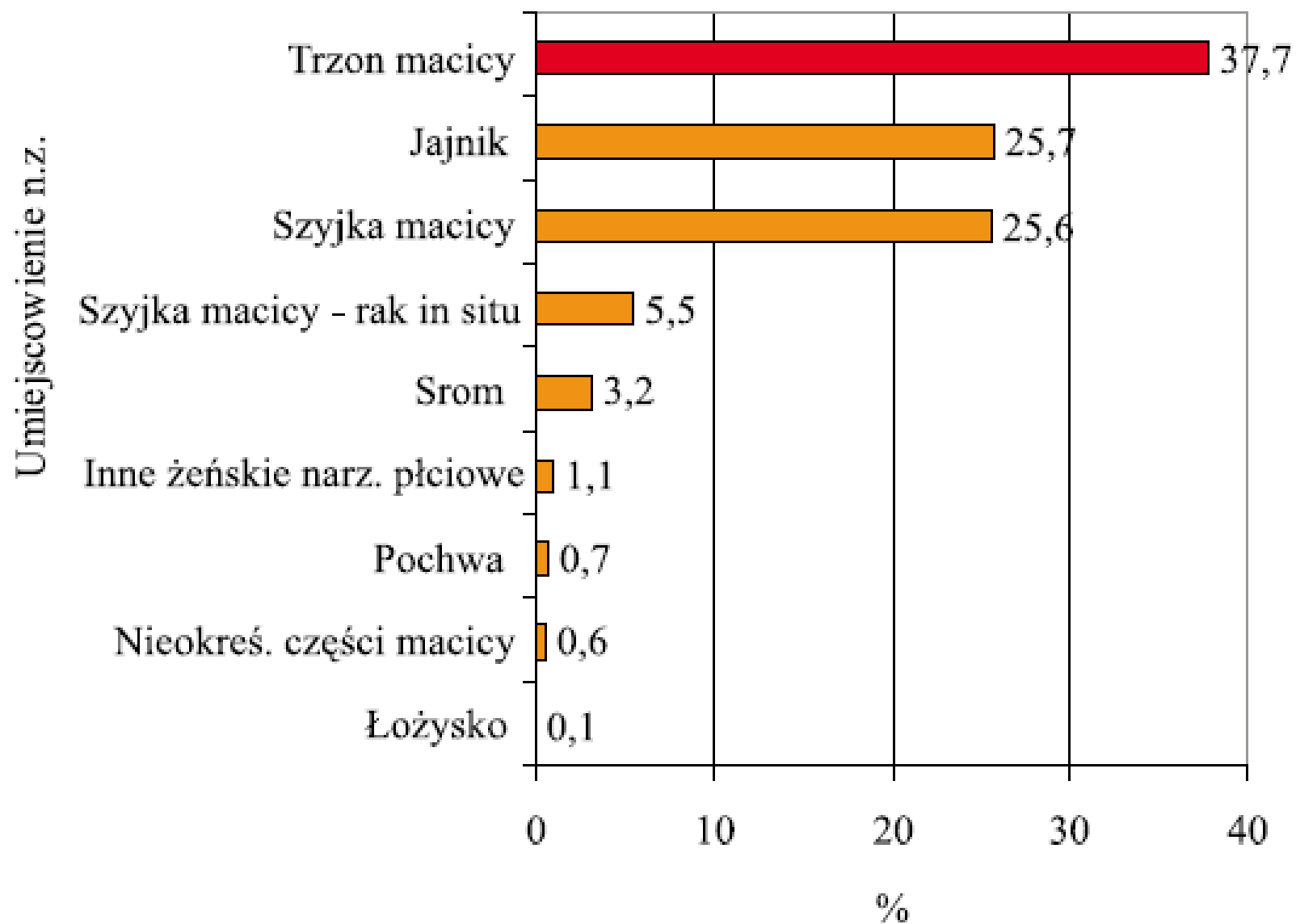
Inne nowotwory ginekologiczne – 2009r

■ zachorowania ■ zgony

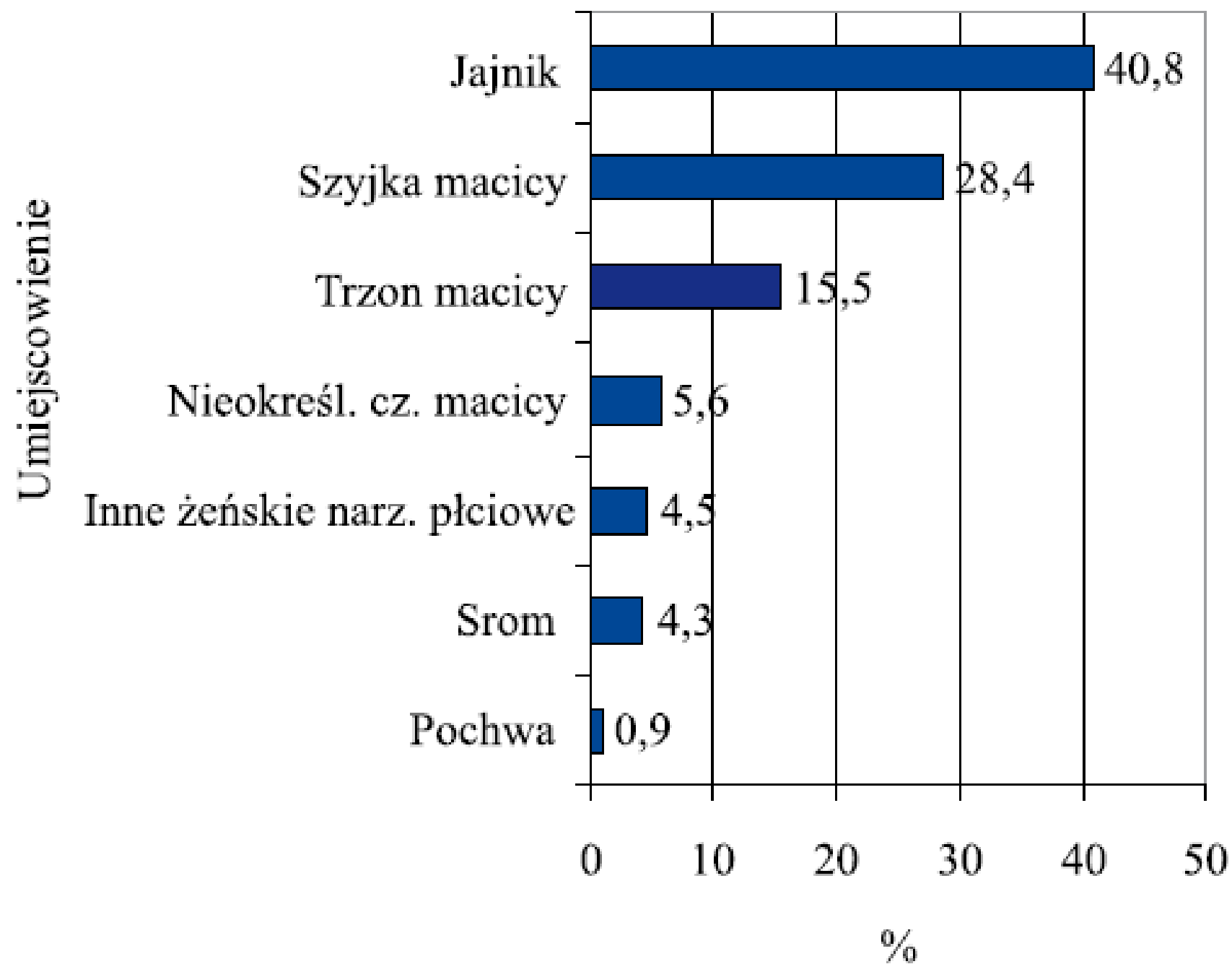


Nowotwory trofoblastu – 2009r



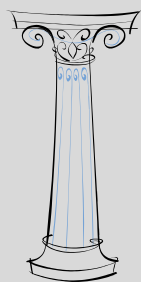


Ryc. 1.5. Struktura procentowa zachorowań na n.z. narządu rodniego. Polska 2008 r. [2]

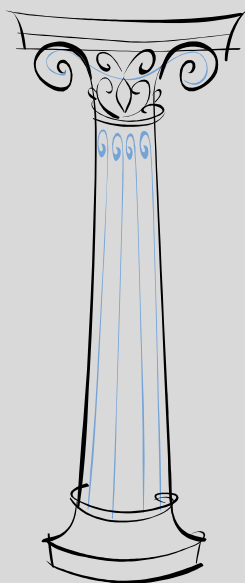


. Struktura procentowa zgonów z powodu n.z. narządu rodniego. Polska 2008 r. [2]

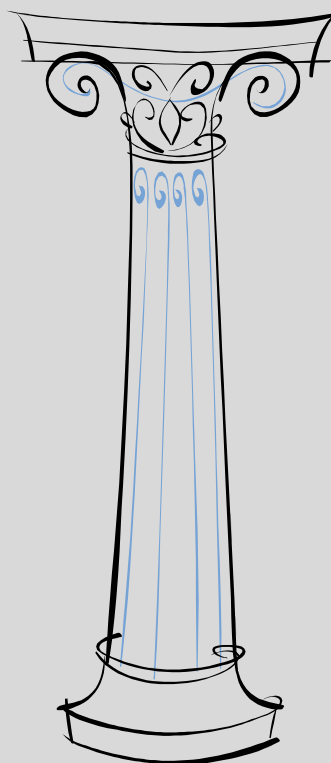
Leczenie nowotworów litych (Terapia skojarzona)



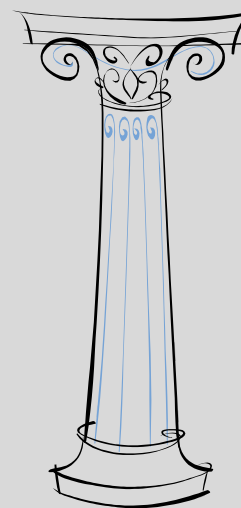
inne ?



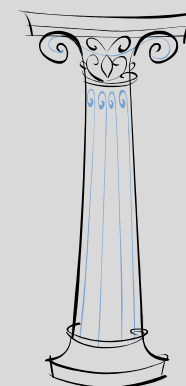
radioterapia



CHIRURGIA



leczenie
systemowe



leczenie
wspomagające

Rak jajnika – epidemiologia cd.

Zwiększone ryzyko zachorowania:

- wiek
- brak przebytych ciąż/leczenie niepłodności
- rak sutka w wywiadzie
- rak sutka lub/i jajnika u krewnych I^o ryzyko 4 -7%
- stosowanie talku w okolicy krocza
- styl życia (konsumpcja tłuszczu...)
- infekcje w miednicy mniejszej

Rak jajnika – epidemiologia cd.

(spadek ryzyka zachorowania)

Pierwsza ciąża	40%
Kolejne ciążę (także Poronienia/ porody przedwczesne)	14%
Karmienie piersią	2,5% /miesiąc
Antykoncepcja hormonalna	40%
Podwiązanie jajowodów	10-70%
Histerektomia	33%

Rak jajnika – 5lp.

we wszystkich stadiach i wieku – 42%

W zależności od wieku:

15 – 44rż	– 66,4%
45 – 54rż	– 47,7%
55 – 64rż	– 37,7%
65 – 74rż	– 29,1%
75 – 99rż	– 19,3%

W zależności od zaawansowania klinicznego:

I st 78 – 92%	II st 70%
III st 37%	IV st 14 – 25%

PODZIAŁ HISTOLOGICZNY WHO

PIERWOTNE NOWOTWORY NABŁONKOWE 60-70%:

surowicze, (60-80%) , śluzowe (5-15%), endometrioidalne (10-25%), jasnokomórkowe, z komórek nabłonka przejściowego, płaskonabłonkowe, mieszane, niezróżnicowane,

Łagodne, graniczne, złośliwe

NOWOTWORY ZARODKOWE 25-30%: (rozrodczak, nowotwór pęcherzyka żółtkowego, rak zarodkowy, choriocarcinoma, potworniak)

NOWOTWORY Z KOM. SZNURÓW PŁCIOWYCH I
PODŚCIELISKA 8-10%

(ziarniszczak, otoczkowiak, włókniak, androblastoma, gynandroblastoma)

NOWOTWORY Z TKANKI ŁĄCZNEJ NIESWOISTEJ DLA GONAD

NOWOTWORY NIE SKLASYFIKOWANE

NOWOTWORY PRZERZUTOWE (rak endometrium, guz Krukenberga, rak piersi)

Rak jajnika – leczenie chirurgiczne

Pierwotna radykalny zabieg chirurgiczny
lub

Pierwotna optymalna cytoredukcja jest najsilniejszym czynnikiem predykcyjnym czasu całkowitej remisji oraz czasu przeżycia chorych

Doświadczenie operatora jest jednym z najsilniejszych czynników prognostycznych u chorych na raka jajnika

I stopień FIGO

Guz ograniczony do jajników (jednego lub obu)

- I a - guz ograniczony do jednego jajnika; torebka niezmienniona, nie stwierdza się guza na powierzchni jajnika
- I b - guz ograniczony do obu jajników; torebki niezmiennione, nie stwierdza się guza na powierzchni jajnika; brak komórek nowotworowych w płynie otrzewnowym lub popłuczynach z jamy otrzewnej
- I c - guz ograniczony do jednego lub obu jajników oraz jedna z następujących cech: pęknięcie torebki, obecność guza na powierzchni jajnika, obecność komórek nowotworowych w płynie otrzewnowym lub popłuczynach z jamy otrzewnowej

II stopień FIGO

Guz zajmujący jeden lub obydwajajniki z naciekaniem tkanek miednicy

- II a - guz szerzący się na macicę i/lub przerzuty do macicy i/lub jednego lub obu jajowodów, brak komórek nowotworowych w płynie otrzewnowym lub w popłuczynach z jamy otrzewnej
- II b - guz naciekający inne narządy miednicy; brak komórek nowotworowych w płynie otrzewnowym i popłuczynach z jamy otrzewnowej
- II c - naciekanie narządów miednicy (II a lub II b) z obecnością komórek nowotworowych w płynie otrzewnowym lub popłuczynach z jamy otrzewnowej

III stopień FIGO

Guz zajmujący jeden lub obydwaj jajniki mikroskopowo potwierdzonymi przerzutami do otrzewnej, poza miednicą mniejszą, i/lub przerzutami do regionalnych węzłów chłonnych

III a - mikroskopowe przerzuty do otrzewnej poza miednicą mniejszą

III b - makroskopowe przerzuty do otrzewnej poza miednicą mniejszą o wielkości < 2 cm w większym wymiarze

III c - przerzuty do otrzewnej poza miednicą mniejszą o wielkości > 2 cm w największym wymiarze i/lub przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych

IV stopień FIGO

Rozsiew do narządów mięszowych

Leczenie operacyjne raka jajnika we wczesnych stopniach zaawansowania klinicznego (FIGO I, II)

Celem jest ustalenie zaawansowania choroby i wycięcie ognisk nowotworu:

1. pobranie popłuczyn z jamy otrzewnej
2. wycięcie macicy z przydatkami
3. wycięcie sieci
4. wycięcie wyrostka robaczkowego
5. pobranie minimum 5 biopsji z otrzewnej ściennej miednicy oraz pozostałej części jamy brzusznej, przepony lub zrostów
6. biopsja/limfangiectomia węzłów chłonnych miednicy mniejszej i okołoaortalnych

Leczenie operacyjne raka jajnika w zaawansowanych stopniach klinicznych (FIGO III, IV)

Celem leczenia chirurgicznego w tych przypadkach jest usunięcie makroskopowych ognisk nowotworu.

Przy braku takich możliwości pozostawienie zmian resztkowych do 1 cm jest także określone jako zabieg optymalny.

Zaawansowanie nowotworu uniemożliwiające wykonanie zabiegu wg w/w kryteriów wymaga wyłącznie pobrania materiału do badania histopatologicznego i zastosowania chemioterapii indukcyjnej.

Rak jajnika - chemioterapia

I i II st zaawansowania wg FIGO:

Grupa wysokiego ryzyka – przynajmniej jedna cecha: G3, zmiany npl na powierzchni jajnika, dodatnie wymazy z jamy otrzewnowej, wszczepy npl w otrzewnej

(5lp około 60%)

Grupa niskiego ryzyka – żadne z powyższych

(5lp >90%)

Rak jajnika - chemioterapia

I linia leczenia:

paclitaxel (135mg/m² w 24 godzinnym wlewie dożylnym z DDP lub
175mg/m² w 3 godzinnym wlewie z CBDCA)

+

Pochodna platyny:

karboplatyna (CBDCA) w dawce wg Calverta 5 – 6 AUC

cisplatyna (DDP) 75mg/m² lub

6 cykli - co 21 dni

Nawroty raka jajnika w zależności od stopnia zaawansowania wg FIGO

U większości chorych po pierwotnym leczeniu operacyjnym i chemioterapii niezależnie od stopnia zaawansowania obserwuje się regresję (70 – 80%)

Nawroty:

Łącznie 55 – 75% w ciągu 2 lat

I stopień - 10%

II stopień - 30%

III i IV stopień - 85%

Wyniki leczenia chemioterapią TK w zaawansowaniu III i IV wg FIGO

Odsetki odpowiedzi	- 73%
Czas do progresji	- 18 mcy
Całkowity czas przeżycia	- 38 mcy

(Na podstawie badania GOG 111)

Wrażliwość na pochodne platyny

u ok 80% pacjentek dochodzi do nawrotu
po I rzucie leczenia

- Oporne na leczenie platyną (*platinum refractory*) – *nie uzyskano remisji lub obserwowano wzrost guza w trakcie terapii platyną*
- Niewrażliwe na platynę (*platinum resistant*) – *nawrót choroby wystąpił w ciągu 6 miesięcy po zakończeniu leczenia platyną*
- Częściowo wrażliwe na platynę (*partial platinum sensitive*) – *nawrót wystąpił w ciągu 6-12 miesięcy po zakończeniu leczenia platyną*
- Wrażliwe na platynę (*platinum sensitive*) – *nawrót nastąpił po 12 miesiącach od zakończenia leczenia platyną*

Nawroty raka jajnika częściowo wrażliwe na platynę

Wznowy raka jajnika, które obserwuje się w okresie 6-12 miesięcy po zakończeniu leczenia pierwszorazowego należy leczyć stosując terapię taką, jak w przypadku guzów wrażliwych na platynę.

Należy rozważyć podawanie chorym paklitakselu, platyny, pegylowanej liposomalnej doksorubicyny, gemcytabiny albo topotekanu, w monoterapii.

Należy zawsze rozważyć możliwość leczenia chirurgicznego.

Im krótszy czas upłynął od zakończenia terapii platyną tym bardziej zasadne jest użycie innych niż platyna chemioterapeutyków.

Rak jajnika - chemioterapia

Druga linia leczenia:

Powrót do chemioterapii z I linii w przypadkach wrażliwości na pochodne platyny.

lub:

Karboplatyna w monoterapii

Epirubicyna w monoterapii

Topotecan

Caelyx (liposomalna doksorubicyna)

Vepesid

Chemioterapia dootrzewnowa (IPC)

Po chemioterapii drugorzutowej korzyść kliniczną uzyskuje się u 20 - 30% kobiet.

Nawrót raka jajnika oporny na platynę

rekomenduje się stosowanie monochemioterapii przy pomocy pegylowanej liposomalnej doksorubicyny, topotekanu lub vepesidu.

Stosując powyższe leki obserwuje się u chorych podobny odsetek odpowiedzi na leczenie.

Najmniej toksyczna i najbardziej komfortowa w zakresie podawania jest pegylowana liposomalna doksorubicyna

Nawroty po terapii drugorzutowej

Po różnie długim czasie od chemioterapii II rzutu obserwuje się kolejny nawrót procesu nowotworowego.

Zastosowanie terapii kolejnego rzutu oraz wybór leków zależy od ogólnej kondycji chorej, obserwowanych objawów skumulowanej toksyczności i skuteczności dotychczasowego leczenia. Rekomenduje się stosowanie chemioterapeutyków o najmniejszej toksyczności w monoterapii z możliwością podawania doustnego (vepesid, melfalan).

Schematy trójlekowe w I rzucie leczenia

Bevacizumab (Avastin) w skojarzeniu z karboplatyną i paklitakselem jest wskazany w leczeniu pierwszego rzutu u pacjentów z zaawansowanym (w stadium IIIB, IIIC i IV wg klasyfikacji FIGO) nabłonkowym rakiem jajnika, rakiem jajowodu i pierwotnym rakiem otrzewnej.

Schemat KP + Bevacizumab

Bevacizumab jest stosowany łącznie z karboplatyną i paklitakselem przez maksymalnie 6 cykli leczenia, a następnie w monoterapii aż do progresji choroby lub przez maksymalnie 15 miesięcy lub do wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności, zależnie od tego, które z tych zjawisk wystąpi wcześniej.

Zalecana dawką produktu Avastin wynosi 15 mg/kg mc. podawana raz na 3 tygodnie we wlewie dożylnym.

ICON7

zrandomizowano 1528 pacjentek:

- Grupa CP: karboplatyna (AUC 6) i paklitaksel (175 mg/m^2) przez sześć 3-tygodniowych cykli.
- Grupa CPB 7,5: karboplatyna (AUC 6) i paklitaksel (175 mg/m^2) przez sześć trzy tygodniowych cykli oraz Avastin ($7,5 \text{ mg/kg}$ raz na trzy tygodnie) przez maksymalnie 12 miesięcy (podawanie produktu Avastin rozpoczęto w 2 cyklu chemioterapii, jeśli leczenie rozpoczęto w okresie 4 tygodni od operacji lub w 1 cyklu, jeśli leczenie rozpoczęto po upływie 4 tygodni od operacji).

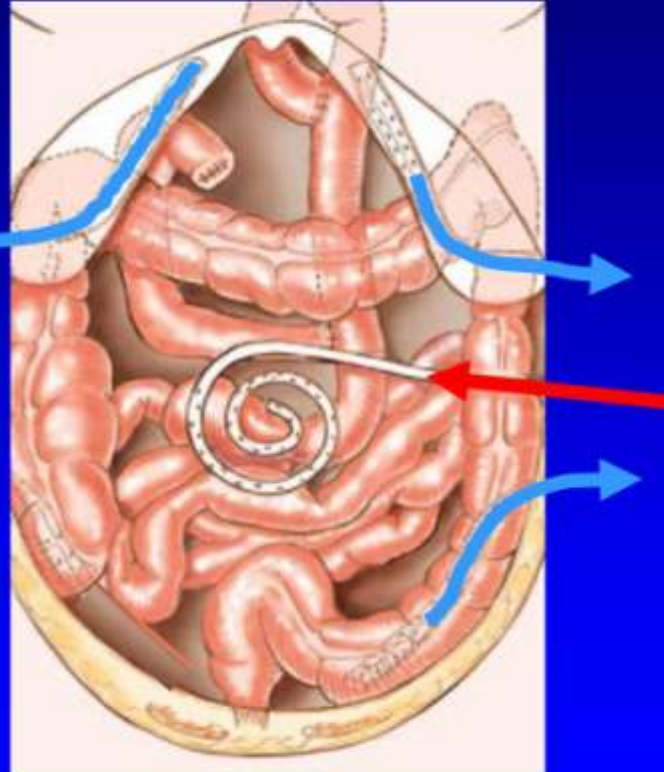
CHT dootrzewnowa

- Leki wolno wydzielane z jamy otrzewnowej:
CDDP, PLT, topotekan
- Zasadność stosowania w zmianach < 1cm
- Wysoka mielotoksyczność (mniejsza neurotoksyczność) vs CHT i.v.
- Problemy z cewnikiem
 - Zastosowanie CHT i.p. jako elementu leczenia poprawia wyniki leczenia raka jajnika

Dootrzewnowa chemioterapia perfuzyjna w hipertermii = HIPEC

- 1/ maksymalna chirurgiczna resekcja
- 2/ chemioterapia dootrzewnowa okołoperacyjna.

Inflow and outflow



Rak szyjki macicy - 2009

Odnotowano:

3102 zachorowań i **1748** zgonów

8% wszystkich nowotworów u kobiet

5% zgonów z powodu nowotworów u kobiet

5lp:

niezależnie od wieku i zaawansowania – 49,1%

IA 98-100%

IB 75-90% (jeśli przerzuty do ww chłonnych – 50%)

II 65%,

III 35%

IV 15%

Czynniki ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy - główne

Infekcja HPV

Wiek

Wczesna inicjacja seksualna

Duża liczba partnerów

Duża liczba porodów

Palenie papierosów

Niski status socjoekonomiczny

Nieprawidłowa cytologia

Partnerzy podwyższonego ryzyka

Czynniki ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy - prawdopodobne

Długotrwała hormonalna antykoncepcja

Niewłaściwa dieta (np. brak wit. C)

Zakażenie wirusem HIV

Stany zapalne narządu rodnego przenoszone drogą płciową (chlamydia, rzęsistek, wirus opryszczki...)

Rak szyjki macicy - histologia

rak płaskonabłonkowy - 80%

rak gruczołowy - 9,3%

inne

rak drobnokomórkowy,

pierwotny chłoniak

mięsak szyjki macicy.

Klasyfikacja stopnia zaawansowania według FIGO

Stopień 0 Rak przedinwazyjny (*carcinoma in situ*)

Stopień I Rak ograniczony do szyjki macicy

Ia Rak mikroinwazyjny, rozpoznawany wyłącznie mikroskopowo na podstawie materiału obejmującego cała zmianę nowotworową

Ia1 Głębokość naciekania podścieliska do 3 mm od błony podstawowej, średnica zmiany do 7

Ia2 Głębokość naciekania podścieliska do 5 mm od błony podstawowej, średnica zmiany nie przekracza 7 mm

Klasyfikacja cd

Stopień Ib Wszystkie przypadki zmian większych niż określone w stopniu Ia2 widocznych klinicznie lub nie

Ib1 Klinicznie widoczna zmiana ≤ 4 cm

Ib2 Klinicznie widoczna zmiana ≥ 4 cm

Stopień II Rak przechodzi poza szyjkę macicy, lecz nie dochodzi do ścian miednicy, nacieka

pochwę, ale tylko górne 2/3 jej długości

Ila Naciek przechodzi na sklepienie i/lub pochwy nie przekraczając 2/3 górnej części jej ścian, bez nacieków przymacicz

IIb Nacieki przymacicz, niedochodzące do kości miednicy (bez lub z naciekiem pochwy)

Klasyfikacja cd

Stopień III Rak dochodzi do ścian miednicy (w badaniu przez odbytnicę nie stwierdza się wolnej przestrzeni między naciekiem a kością miednicy), naciek pochwy obejmuje jej dolna 1/3 długości, wszystkie przypadki wodonercza lub nieczynnej nerki – bez względu na rozległość procesu nowotworowego, stwierdzonego badaniem zestawionym.

IIIa Rak nacieka 1/3 dolna pochwy, nie stwierdza się w przymaciczach nacieków do kości

IIIb Guzowate nacieki przymacicza do kości (bez lub z zajęciem ścian pochwy), obecność wodonercza lub nieczynnej nerki

Klasyfikacja cd

Stopień IV Przejście raka poza teren miednicy
mniejszej lub zajęcie śluzówki pęcherza
moczowego i/lub odbytnicy

IVa Naciekanie narządów sąsiednich

IVb Odległe przerzuty

Metody leczenia raka szyjki macicy

- operacja oszczędzająca (konizacja, amputacja szyjki macicy),
- proste wycięcie macicy z lub bez przydatków,
- zabieg radykalny z selektywnym usunięciem węzłów chłonnych +/- leczenie uzupełniające,
- rozszerzone wycięcie macicy z przydatkami i obustronnym usunięciem węzłów chłonnych miednicy mniejszej (operacja Meigsa – Wertheima),
- brachyterapia dopochwowa i domaciczna,
- radioterapia (teleterapia w skojarzeniu z brachyterapią),
- pierwotne radykalne leczenie chirurgiczne z nast'powa radiochemioterapią,
- radioterapia skojarzona z chemioterapią.

Szczegółowe metody leczenia

(CIN III) i st. Ia1 – operacja oszczędzająca (konizacja, amputacja szyjki).

Ia2 – leczenie chirurgiczne ± radioterapia

Ib1 (< 4 cm) – radioterapia lub leczenie chirurgiczne ± radioterapia

Ib2 (> 4 cm) – jeśli duża masa guza jednoczasowa radiochemioterapia +/- leczenie chirurgiczne

IIa – leczenie chirurgiczne ± następową radioterapia (lub radiochemioterapia)

IIb – IVa – radiochemioterapia

VI b – brak standardu

Radiochemioterapia raka szyjki macicy

Ia2, Ib1, IIa z czynnikami wysokiego ryzyka (duży guz pierwotny, głębokie naciekanie podścieliska, naciekanie przestrzeni naczyniowych, G3) jest przedmiotem badań klinicznych.

Ib2 (>4 cm) i IIa metodą uzupełniającą przy stwierdzeniu czynników ryzyka (m.in. stopnia zróżnicowania G2 i G3, naciekania przestrzeni naczyniowych, głębokiego naciekania, zajęcia węzłów chłonnych)

IIb–IVa radiochemioterapia jest metodą wyłączną,

Radiochemioterapia raka szyjki macicy

Jednoczasowa radiochemioterapia jest postępowaniem zalecanym w stopniach zaawansowania Ib(!) i od IIb, III, IVa wg klasyfikacji FIGO.

Obserwowano 30–50% zmniejszenie ryzyka zgonu w porównaniu z samodzielną radioterapią lub w uzupełnieniu chirurgii.

Radiochemioterapia raka szyjki macicy

optymalnym rodzajem chemioterapii w leczeniu skojarzonym jest schemat

**cotygodniowych dawek 40 mg/m² cisplatyny
w czasie sześciotygodniowego
napromieniania.**

Schematy wielolekowe przy podobnej skuteczności niosą ze sobą większe ryzyko działań ubocznych.

Chemioterapia neoadjuwantowa raka szyjki macicy

Dotychczas nie określono wskazań do chemioterapii neoadjuwantowej.

Badania randomizowane z zastosowaniem m.in. schematów PVB (cisplatyna, winblastyna, bleomycyna) i PF wykazały odpowiedź na leczenie rzędu 50–80%, ale bez poprawy przeżyć

Badanie II fazy – 3 cykle chemioterapii TP przed zabiegiem operacyjnym lub radioterapią.

Obserwowano 39,5% odpowiedzi całkowitej, 51% odpowiedzi częściowej, 11,6% całkowitej odpowiedzi patologicznej

Chemioterapia nawrotowego lub rozszianego raka szyjki macicy

DDP rekomendowana w pierwszej linii

20–30% można uzyskać obiektywną odpowiedź o czasie trwania 3–6m, i czasem przeżycia 6–9 m.

Badanie III fazy (Moor i wsp.) porównywano schemat dwulekowy DDP + PXL z monoterapią DDP. Zabszerwowano poprawę wskaźnika odpowiedzi (36% vs 19%) oraz PFS (4,8 vs 2,8 miesięcy na kożyść ramienia skojarzonego, $p > 0,001$), ale bez wpływu na OS.

jest to schemat rekomendowany w politerapii.

Ciążowa choroba trofoblastyczna

Całkowity lub częściowy zaśniad groniasty (ang. complete / partial hydatidiform mole)

Zaśniad inwazyjny (invasive mole, łac. choriadenoma destruens)

Guz miejsca łożyskowego (placental site trophoblastic tumor)

Rak kosmówki (choriocarcinoma)

Ciążowa choroba trofoblastyczna - epidemiologia

1/1500 żywych urodzeń

Bez przerzutów – niemal 100% wyleczenia

Rozsiany – 80% wyleczenia

Czynniki ryzyka:

Wiek <15 rż i >45 , hormonalna antykoncepcja, przebycie w przeszłości ciąży zaśniadowej, poronienia, ciążę wielopłodowe.

Leczenie chirurgiczne

Wyłyżeczkowanie jamy macicy

- 80% szansa wyleczenia zaśniadu całkowitego
- 95% szansa wyleczenia zaśniadu częściowego

Histerektomia jest opcją w przypadku kiedy kobieta nie planuje już posiadania potomstwa

Po leczeniu chirurgicznym obowiązuje ścisła obserwacja

Kryteria do włączenia chemioterapii

Przetrwiała choroba trofoblastyczna:

Brak spadku stężenia B HCG przez 3 tygodnie (1,7,14 i 21 dzień)

Wzrost stężenia B HCG o 10% lub więcej w dwóch kolejnych oznaczeniach w ciągu 2 tygodni (1, 7, 14 dzień)

Utrzymujące się podwyższone stężenie B HCG > 6 miesięcy od ewakuacji zaśniadu

Zaśniad inwazyjny

Rak kosmówki

Dobór chemioterapii w zależności od klasyfikacji ryzyka wg FIGO

$7 \geq$ punktów : grupa małego ryzyka

(monoterapia methotrexatem lub actynomycyną D)

$7 <$ punktów– grupa wysokiego ryzyka

(policheмиoterapia)

monoterapia

- MTX 0,4 mg/kg *i.m. lub i.v. w dniu 1., 2., 3., 4. i 5. co 14 dni;*
- MTX 30–50 mg/m² *i.m. co 7 dni;*
- DACT 40 mg/m² *i.v. w dniu 1. co 14 dni;*
- DACT 12 mg/m² *i.v. w dniach 1., 2., 3., 4. i 5. co 14 dni;*
- MTX 1 mg/kg (do dawki 70 mg) *i.m. lub i.v. w dniach 1., 3., 5. i 7. co 14 dni + folinian wapnia (FA) 0,1 mg/kg i.m. lub i.v. w dniach 2., 4., 6. i 8. co 14 dni;*

Rak trzonu macicy 2009r

5061 zachorowań

969 zgonów

Podstawa to leczenie chirurgiczne

Radioterapia jest stosowana u około 80% chorych na raka trzonu macicy

16% – samodzielna metoda leczenia,

64% – w skojarzeniu z chirurgią

Rak trzonu macicy

Metody leczenia i ich sekwencje

- leczenie chirurgiczne (wyłączne),
- radioterapia: teleterapia z napromieniowaniem śródjamowym (brachyterapia),
- chirurgia z uzupełniająca (adiuwantowa) radioterapia,
- leczenie chirurgiczne i/lub radioterapią z adiuwantową chemioterapią lub hormonoterapią,
- leczenie skojarzone: pierwotne napromienianie z następowym leczeniem chirurgicznym.

łącznie

5lp w raku trzony macicy

5-letnich przeżyć kobiet chorych na trzonu macicy wynoszą odpowiednio dla stopnia:

Ia	–	75%,
Ib-Ic	–	50%,
Ila-IIb	–	50%,
Illa	–	<20%,
IIIb-IIIc	–	<10%,
IVa-IVb	–	<5%.

Klasyfikacja klinicznopatologiczna wg FIGO

Stopień I

Ia G1,2,3 Rak ograniczony do błony śluzowej

Ib G1,2,3 Naciek zajmuje $<1/2$ mięśniówki

Ic G1,2,3 Naciek zajmuje $>1/2$ mięśniówki

Stopień II

Ila G1,2,3 Zajęte jedynie gruczoły szyjkowe

Ilb G1,2,3 Naciekanie podścieliska szyjki macicy

Stopień III

IIIa G1,2,3 Rak nacieka surowicówkę macicy i/lub przydatki, i/lub stwierdza się komórki raka w wymazach z jamy brzusznej

IIIb G1,2,3 Przerzuty do pochwy

IIIc G1,2,3 Przerzuty do węzłów miednicy i/lub **węzłów przyaortalnych**

Stopień IV

IVa G1,2,3 Naciek pęcherza moczowego i/lub śluzowki odbytnicy

IVb Przerzuty odległe, do węzłów chłonnych jamy brzusznej i/lub pachwinowych

Rak trzonu macicy

- Zasadniczym sposobem leczenia jest doszczętny zabieg chirurgiczny
- radioterapia (brachy- i teleterapia) są obligatoryjnymi elementami leczenia uzupełniającego raków endometrium od I b i II stopnia zaawansowania wg FIGO.
- ww metody są rekomendowane także w stopniu zaawansowania I a w przypadku wysokiego stopnia złośliwości histologicznej (G3)
powinny być rozważone także w stopniu Ia zaawansowania i G2

Rak trzonu macicy

- Chemioterapia w raku błony śluzowej trzonu macicy jest stosowana według zaleceń NCCN:
 - w pierwotnie zaawansowanych RTM – w rakach endometrioidalnych stopień III lub IV,
 - po leczeniu chirurgicznym lub jako metoda I rzutu w leczeniu nawrotów, oraz progresji choroby po leczeniu hormonalnym
 - w leczeniu przerzutów dających objawy
 - w leczeniu wznów miejscowych po zastosowaniu RT w leczeniu raka surowiczego lub jasnokomórkowego

Rak endometrioidalny

Chemioterapię stosuje się od stopnia zawansowania III wg. FIGO 2009, w przypadku przeciwwskazań do radioterapii, stwierdzenia zmian mikro- lub makroskopowych w sieci i otrzewnej ściennej

- zawsze w nowotworach ze stopniem zróżnicowania G2 i G3, oraz w stopniu IV.

Preferowanym obecnie schematem chemioterapii jest kombinacja paklitaxelu i karboplatyny 6 cykli co 3 tygodnie; coraz rzadziej stosowany jest schemat AP,

Rak surowiczy brodawkowaty i jasnokomórkowy trzonu macicy

W leczeniu uzupełniającym stosuje się obecnie głównie chemioterapię i to już od stopnia zaawansowania IA do IV.

Preferowany schemat chemioterapii to kombinacja paklitaxelu i karboplatyny w dawkach standardowych 6 cykli co 3 tygodnie.

Hormonoterapia nowotworów trzonu macicy

100 mg octanu medroxyprogesteronu/dobę/p.o.

lub

500-1000 mg medroksyprogesteronu / co 7 dni/ i.m.

lub

160 mg octanu megestrolu/dobę/p.o

Do wyboru pozostają również inhibitory aromatazy; wybór leku zależy od stanu chorej, wywiadu i profilu działań niepożądanych leczenia.

Hormonoterapia w nowotworach trzonu macicy

W przypadku współistnienia wysokiego miana ER i PR prawdopodobieństwo wystąpienia obiektywnej odpowiedzi na leczenia wynosi 75%, zaś w przypadku niskiego miana bądź braku ekspresji ER i PR prawdopodobieństwo odpowiedzi jest mniejsze niż 5%.

Ocena ekspresji ER i PR ma więc istotne znaczenie praktyczne przekładające się na postępowanie kliniczne