

## 7.3.2. Baarmoeder- carcinoom

### 1 Stadiëring

#### 1.1 TNM-classificatie (7<sup>th</sup> edition, 2009)

Tx	Primaire tumor kan niet beoordeeld worden
T0	Geen evidentie voor primaire tumor
Tis	Carcinoma in situ (pre-invasief carcinoom)
T1	Tumor beperkt tot het corpus uteri
T1a	Tumor beperkt tot het endometrium of invadeert minder dan de helft van het myometrium
T1b	Tumor invadeert de helft of meer van het myometrium
T2	Tumor invadeert stromaal bindweefsel van de cervix maar reikt niet verder dan de uterus
T3a	Tumor breidt uit tot in de serosa en/of adnexen (directe uitbreiding of metastase)
T3b	Vaginale uitbreiding (directe uitbreiding of metastase) of uitbreiding in het parametrium
T4	Tumor invadeert mucosa van de blaas en/of darm, en/of metastase op afstand
Nx	Regionale lymfeklieren kunnen niet beoordeeld worden
N0	Geen regionale lymfekliermetastasen
N1	Meta's in pelviene klierstreken
N2	Meta's in para-aortische klierstreken met of zonder meta's in pelviene klierstreken
M0	Geen metastasen op afstand
M1	Meta's op afstand (inclusief inguinale klieren, intra-peritoneale ziekte of long, lever of bot. Metastasen naar para-aortische lymfeklieren, vagina, serosa of adnexen zijn uitgesloten)

#### 1.2 FIGO stadiering (7<sup>th</sup> edition, 2009) (Chirurgische classificatie)

Stage	Characteristic
IA (G123)	Tumor beperkt tot het endometrium of <50% doorgroei in het myometrium
IB (G123)	Invasie van tumor $\geq$ 50% doorgroei in het myometrium
II (G123)	Invasie endocervicaal stroma
IIIA (G123)	Tumor invadeert de serosa en/of de adnexen
IIIB (G123)	Vaginale invasie of parametria invasie
IIIC (G123)	Meta's in pelviene of para-aortische klierstreken
IIIC1 (G123)	Meta's in pelviene klierstreken
IIIC2 (G123)	Meta's in para-aortische klierstreken met of zonder meta's in pelviene klierstreken
IVA (G123)	Invasie van blaas en/of darmmucosa
IVB (G123)	Meta's op afstand, intra-abdominale meta's of inguinale klieren

**Noot 1**

5Y SV: ST I 75%  
 ST II 58%  
 ST III 30%  
 ST IV 10%

**Noot 2**

*Belangrijke prognostische factoren:*

<u>Preoperatief</u>	<u>Postoperatief</u>	<u>SV 5 Y</u> %
Leeftijd		
Cel type	diepte van myometriale invasie	
Differentiatiegraad	zo geen endocervicale aantasting	92,7
	cervicale stromale invasie	69,8
	bloedvatinvastie	55,0
	adnexiële metastasen	
	intraperitoneale metastasering	
	LN metastasen - Pelvis	55,0
	- Paraaortisch	41,0
	Peritoneale cytologie	

\*Diagnose door **biopsiename**:

\*Bilan:

- KO
- Perf. St.( of Karnofky index)
- BD – meting
- Haematologisch beeld
- Glycemie
- RX thorax F+P

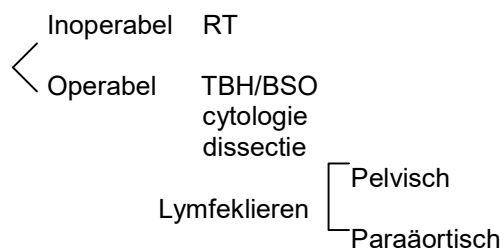
Eventueel : nierfunctie  
 ionogram  
 EKG

\*Behandeling:

- Onderscheid - Papillair sereus of clear cell carcinoom
- Andere histologie
  - Beperkt tot de uterus
  - Aantasting van baarmoederhals
  - Extrauteriene aantasting

**2 Andere Histologie**

***Beperkt tot de uterus ( St I)***

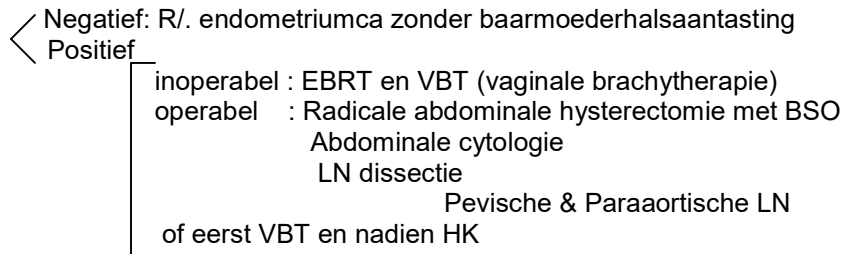


niet indien : - goed gedifferentieerd  
 - zonder myometriale invasie  
 - indien niet mogelijk

+ adjuvante therapie

**Met doorgroei in baarmoederhals (St II)**

Endocervicale curretage  
of  
Cervicale biopsie



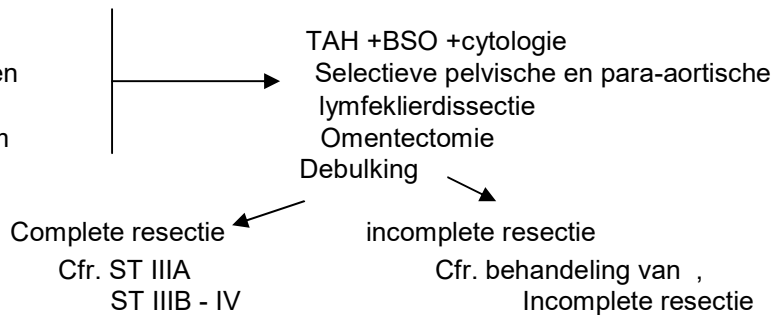
Extrauteriene groei

**Ca 125**  
**MRI**

- geen extra-uteriene groei: cfr. tu beperkt tot uterus groei

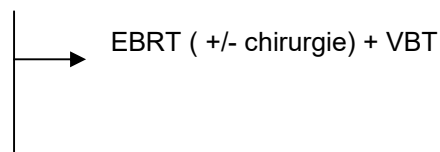
- intra abdominale groei

- ascites
- omentum
- lymfeklieren
- ovaria
- peritoneum

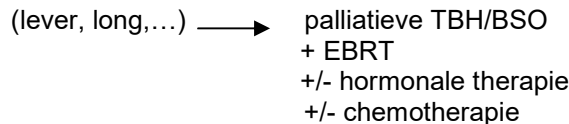


- Extrauteriene pelvis (loc.Zec. 43% zonder behandeling)

- Vagina
- Blaas
- Darm
- Parametrium



- Metastasen



**Behandeling na HK bij volledige resectie.**

**ST I** Adjuvante therapie

	Goed	Matig	Slecht gedifferentieerd
IA $\left\{ \begin{array}{l} \text{RF -} \\ \text{RF +} \end{array} \right.$	-	-	VBT
	-	-	EBRT + VBT.
IB $\left\{ \begin{array}{l} \text{RF -} \\ \text{RF +} \end{array} \right.$	-	VBT	VBT
	VBT	EBRT + VBT	EBRT + VBT
IC $\left\{ \begin{array}{l} \text{RF -} \\ \text{RF+} \end{array} \right.$	VBT	VBT	EBRT + VBT
	EBRT + VBT	EBRT + VBT	EBRT + VBT

Noot :

**Risicofactoren (RF):**

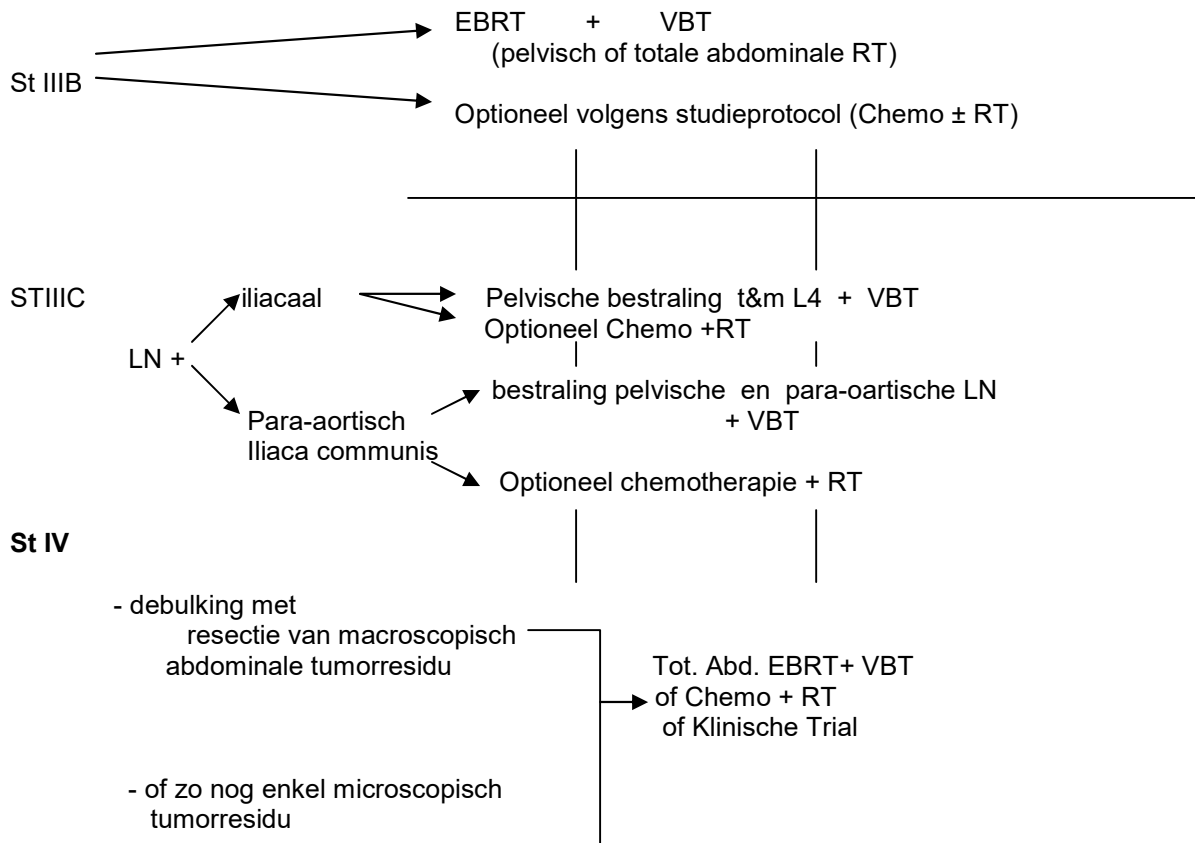
> 70 jaar, lymfovasculaire invasie, tu-invasie in het buitenste 1/3 van de uterus

**St II** adjuvante therapie

	Goed	Matig	Slecht gedifferentieerd
IIA $\left\{ \begin{array}{l} < 1/2 \text{ myometrium} \\ > 1/2 \text{ yometrium} \end{array} \right.$	VBT	EBRT + VBT	EBRT + VBT
	EBRT + VBT	EBRT + VBT	EBRT + VBT
IIB	externe pelvisch bestraling + vaginale brachytherapie		

**St III** adjuvante therapie

St IIIA $\left\{ \begin{array}{l} \text{Positieve cytologie} \\ \text{Enkel aantasting} \\ \text{v.d.fundus} \\ \text{Alle andere ST IIIA} \end{array} \right.$	-	-	- or EBRT + VBT
	Pelvische of totale abd. RT of chemotherapie + VBT		



### 3 Behandeling bij Incomplete resectie

#### Abdominale pelvische CT scan

##### Zo negatief

St I	G1,G2	→	observatie
St I B	G1	→	VBT
St I B	G2	→	cfr. adj. behandeling
St IIA	G1,G2	→	cfr. adj. behandeling
			(<50 % myometriale invasie)
St I C, St IIA			operatieve staging +adj. therapie zoals besproken
			(>50% myometriale invasie)
St IIB of G3		→	of EBRT + VBT

##### Zo positief

+ opnieuw HK om debulking uit te voeren

##### Follow up

Om de 3 md. ged. 2j	Elke keer gynaecologisch. onderzoek. + algemeen KO
Om de 6 md. Ged. 2j	Vaginale cyto 2x / j. gedurende 2 jaar en daarna jaarlijks
1x/j nadien levenslang	Ca 125 enkel bepalen zo gestegen voor HK
	Zo geen adj. therapie: hormoonsubstitutie van het begin
	adj. therapie: hormoonsubstitutie na 6-12 maanden

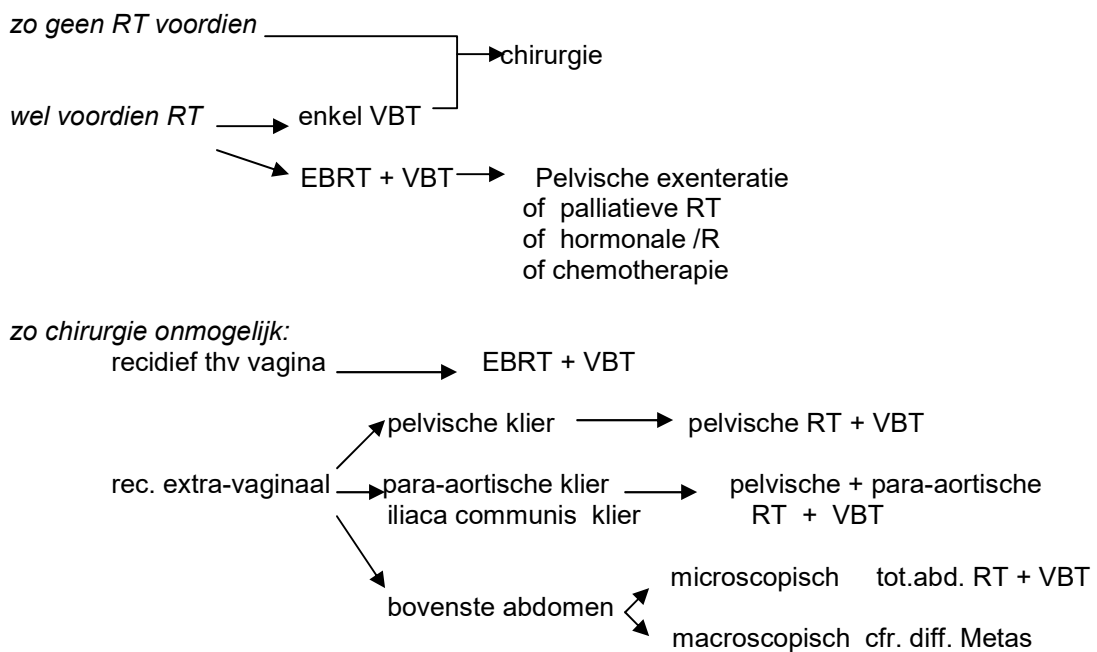
**Ziekteprogressie**

Geïsoleerde M+: Resecabel → Resectie +/- RT → Recidief : behandelen als  
Niet reversiebel diff. gemetastaseerd

Diffuse M+: ° asymptotisch → hormonale R/ → bij PD R/ cytostatica → bij nieuwe PD  
of laaggradig BSC

°symptomatisch of matige of slechte diff. of groot volume → chemotherapie of symptoomcontrole → BSC

Lokaal recidief : Tu thv vaginatop of vagina  
RX thorax negatief  
CT abdomen negatief



**4 HIGH risk groep**

Papillair Sereus of Clear cell carcinoma → chirurgische staging cfr. ovariumcarcinoom  
maximale tumordebulking

ST IA observatie of VBT of EBRT + VBT

ST IB,IC,II EPRT + VBT  
(of totale abominale RT + VBT)

ST III,IV chemotherapie  
Clinical trial

**Ref.**

- \* NCCN guide lines
- \* "An evidence-based approach to adjuvant therapy for stage I-II endometrial cancer." Y. Cook, reviews in gynaecological practice ,2, (2002) ;10-15