

## 7.3.3. Ovarium- carcinoom

### 1. Inleiding

Uit epidemiologische studies van ovariumtumoren blijkt het volgende:

- Tachtig procent van de ovariumtumoren zijn epitheliaal van oorsprong, zij ontstaan uit het coelomepitheel, waaruit het kapsel van het ovarium, maar ook de tuba en het peritoneum zijn opgebouwd. Het tubacarcinoom en het extra-ovariële carcinoom van het peritoneum gedragen zich daarom hetzelfde als het ovariumcarcinoom en worden op dezelfde manier behandeld.
- De kiemcel tumoren, zoals bijvoorbeeld het dysgerminoom en het immatuur teratoom, treden op een veel jongere leeftijd op, meestal rond de 20 jaar.
- De stromaceltumoren ontstaan uit het stroma van het ovarium. Zij kunnen zowel op jonge als oudere leeftijd ontstaan. Men onderscheidt de granulosaaceltumoren, de sertoli leydigcel tumoren, thecacel tumoren, en de zeldzame tumoren zoals de kleincellige tumoren en de maligne brennertumoren.
- De kans dat een ovariumtumor (bijvoorbeeld een cyste) maligne is, neemt toe met de leeftijd.

De (maligne) ovariumtumoren zijn onder te verdelen in:

1. Borderline tumoren
2. Epitheliale ovariumcarcinomen
3. niet-epitheliale tumoren

**Deze richtlijn gaat uitsluitend over het epitheliaal ovariumcarcinoom.**

#### **Algemeen**

Het ovariumcarcinoom is samen met het endometriumcarcinoom de meest frequent voorkomende maligne tumor bij de vrouw. Het aantal sterfgevallen per jaar bedraagt 1100 patiënten: 12/100.000/jaar.

Ovariumcarcinoom is daardoor de meest frequente oorzaak van gynaecologische kankersterfte. Het ovariumcarcinoom metastaseert reeds vroeg intraperitoneaal. Dit hangt samen met de intraperitoneale lokalisatie van de ovaria, de exfoliatieve groei van het ovariumcarcinoom en de versleping van de tumorcellen door de voortdurende stroom van de peritoneale vloeistof langs de ovaria. Door deze vroege (micro)metastasering in de buikholte, kan het onderscheid tussen een vroeg stadium ovariumcarcinoom en een subklinisch stadium III alleen door een uitgebreide en consequent uitgevoerde chirurgische stadiëring worden gemaakt. Desondanks blijkt dat bij 25% van de optimaal gestageerde patiënten met een klinisch laag stadium ovariumcarcinoom, de tumor zich toch buiten de ovaria heeft uitgebreid. Om te bepalen welke patiënten met adjuvante chemotherapie behandeld moeten worden, is een optimaal uitgevoerde stadiëringsoperatie essentieel.

De belangrijkste prognostische factor voor het ovariumcarcinoom is het stadium. Patiënten met een laag stadium, FIGO I-IIa, hebben een 5 jaars overleving van 60%-100%. De 5 jaar overleving van patiënten met een hoog stadium, FIGO IIb-IV, bedraagt 20%-60%.

## 2. Klinische presentatie

- verdachte pelvische massa en/of ascites,
- abdominale opzetting,
- of symptomen zonder andere aanwijzing voor andere maligniteit.

### **Work-up:**

- Coloscopie zo klinisch geïndiceerd
- RX thorax
- CA-125
- Labo
- Ct abdomen
- Familiale anamnese
- Evaluatie door gynecoloog-oncoloog

## 3. TNM

### **Tumors**

The primary tumor (T) is classified according to the following categories:

- T1** Tumor is limited to one or both ovaries.
- T1a** Tumor is limited to one ovary. The capsule, or outer wall of the tumor, is intact, there is no tumor on the ovarian surface, and there are no cancer cells in ascites (abdominal fluid build-up) or peritoneal lavage ("washings" from the abdominal cavity).
- T1b** Tumor is limited to both ovaries. The capsule is intact, there is no tumor on the ovarian surface, and there are no cancer cells in ascites or peritoneal lavage.
- T1c** Tumor is limited to one or both ovaries with any of the following: ruptured capsule (burst outer wall of the tumor), tumor on ovarian surface, or cancer cells in the ascites or peritoneal lavage.
- T2** Tumor involves one or both ovaries with spread into the pelvis.
- T2a** Tumor has spread and/or attaches to the uterus and/or fallopian tubes. There are no cancer cells in ascites or peritoneal lavage.
- T2b** Tumor has spread to other pelvic tissues. There are no cancer cells in ascites or peritoneal lavage.
- T2c** Tumor has spread to pelvic tissues, with cancer cells in ascites or peritoneal lavage.
- T3** Tumor involves one or both ovaries, with microscopically confirmed peritoneal metastasis outside the pelvis and/or metastasis to regional (nearby) lymph node(s).
- T3a** Microscopic peritoneal metastasis beyond the pelvis.
- T3b** Macroscopic (visible to the naked eye) peritoneal metastasis beyond the pelvis, 2 cm or less in greatest dimension.
- T3c** Peritoneal metastasis beyond the pelvis, more than 2 cm in greatest dimension.

### **Nodes**

The regional lymph nodes (N) are clinically divided into the following categories:

- N0** Regional lymph nodes contain no metastases.
- N1** Evidence of lymph node metastasis.

The state of metastasis (M) is defined as follows:

- M0** No distant metastases are found (this excludes peritoneal metastasis).
- M1** Distant metastases are present.

### Stage Grouping

The TNM system places ovarian cancer growth at a particular stage. There are four basic stage groupings within the TNM system:

<b>Stage Ia</b>	T1a, N0, M0
<b>Stage Ib</b>	T1b, N0, M0
<b>Stage Ic</b>	T1c, N0, M0
<b>Stage Iia</b>	T2a, N0, M0
<b>Stage Iib</b>	T2b, N0, M0
<b>Stage Iic</b>	T2c, N0, M0
<b>Stage IIIa</b>	T3a, N0, M0
<b>Stage IIIb</b>	T3b, N0, M0
<b>Stage IIIc</b>	T3c, N0, M0, or T(any), N1, M0
<b>Stage IV</b>	T(any), N(any), M1

## 4. Behandeling

- Laparotomie met staging of USO (klinisch stadium IA of IC)
- Of cytoreductie zo klinisch stadium II, III of IV.
- Of neoadjuvante chemotherapie met interval cytoreductie voor ptn met bulky st III en IV die geen upfront chirurgiekandidaten zijn.

### A. Indien stadium IA of IB

- Graad 1: observeer
- Graad 2: observeer of carbo/taxol
- Graad 3 of clear cell: carbo/taxol

### B. Indien stadium IC, graad 1-3 of stadium II: carbo/taxol

### C. Indien stadium III of IV

- Taxol/carboplatinum of taxane/cisplatinum gedurende 6 cycli met zo mogelijk intervaldebulking.
- Intraperitoneale chemotherapie kan overwogen worden in laag volume optimaal gedebulkte ptn stadium III.
- Abdominale RT voor microscopische ziekte voor geselecteerde ptn met stadium III.

### **Stadium III of IV na primaire behandeling:**

#### A. Complete klinische remissie

- Observer
- Post-remissie chemotherapie of endocriene therapie
- Abdominale RT

#### B. Partiele remissie of progressie: zie relaps therapie

## 5. Monitoring en follow-up

- Eerste 2 jaren alle 2-4 maanden, nadien halfjaarlijks tot 5 jaar, nadien jaarlijks
- Labo alle 12 maanden
- CA-125 elke visite (indien initieel verhoogd)
- KO inclusief gynaecologisch nazicht
- CT abdomen indien klinisch geïndiceerd
- RX Thorax indien klinisch geïndiceerd

- Stijgend CA125 zonder voorafgaand chemotherapie of klinisch relaps zonder voorafgaand chemotherapie: beeldvorming: debulking te overwegen , nadien zoals initiële diagnose
- Klinisch relaps met voorafgaand chemotherapie: relaps therapie
- Seriële verhoging CA125 met voorafgaand chemotherapie: stel uit tot klinisch relaps of onmiddellijke behandeling voor relaps.

## **6. Relaps therapie**

Individueel te bepalen rekening houden met chemotherapievrij interval: bvb secundaire cytoreductie, IP therapie, chemotherapie, best supportive care.

### ***Ingeval van toevallige diagnose bij voorafgaande heelkunde***

A. Zo adequaat uitgevoerde heelkunde en staging: zie hoger

B. Zo onvolledige heelkunde en/of staging:

1. Uterus intact
2. Ovariae intact
3. Omentum niet verwijderd
4. Onvolledige documentatie staging
5. Residuele ziekte, potentieel reseceerbaar

In geval van residuele ziekte verdenking: chirurgische staging af te werken

In geval van geen reseceerbare residuele ziekte: chemotherapie of voltooiing staging

## **7. Bronvermelding**

NCCN guidelines