

**RAK TRZONU MACICY**  
**OPIS PRZYPADKU**

# WYWIAD

- Chora lat 66
- Zubrod 1 (2) – niedowład połowiczny prawostronny
- Choroby współistniejące: liczne obciążenia kardiologiczne (utrwalone migotanie przedsionków; stan po operacji zastawek serca 1988, 2003; stan po wszczepieniu stymulatora 1995, 2007; stan po zawale m.sercowego 1987; stan po 2 udarach mózgu 2005, 2010; nadciśnienie tętnicze)
- Leki: acenokumarol, werapamil, betaksolol, ramipryl, simwastatyna, omeprazol
- Badania obrazowe: RTG płuc, USG brzucha – bez nieprawidłowości

# WYWIAD – DOTYCHCZASOWE LECZENIE

- 26.09.2011 – radykalna histerektomia z limfadenektomią biodrowo-zasłonową
- \* *H-P: w dnieszary kruchy guz o największym wym. 3.5 cm –  
adenocarcinoma endometrioides G2;  
naciek > 50% mięśniówki z zajęciem obu rogów;  
węzły chłonne 0/13: pT1b N0*
- 28.09.2011 – relaparotomia ← krwawienie do jamy brzusznej

## **Jakie leczenie??**

- 24.11-12.12.2011 – uzupełniająca BTH (cylinder waginalny):  
30 Gy w 5 fr. (2 fr. w tyg.)

# BADANIA KONTROLNE

- 13.12.2011 – PET/CT (FDG): bez istotnych zmian; rozproszony wychwyty znacznika w ok. naczyń biodrow. po str. lewej (SUV 3.9), bez morfol. odpowiednika w KT; torbiel limfatyczna po stronie prawej
- 07.05.2012 – PET/CT (FDG): obraz przemawia za wznową węzłową choroby zasadniczej w p-ni zaotrzewnowej j.brzusznej i w miednicy;

Ocena dynamiki wg kryteriów PERSIST:

czas od leczenia - 35 tyg.,

zmiana aktywności ogniska targetowego - 45%

nowe ogniska nowotworowe - 6

# BADANIA KONTROLNE

PET/CT - patol. wychwyty FDG:

- ww. chł. para-aortal., biodr. zewn., wewn. po str. lewej, w osi krótkiej max. 1 cm (tuż poniżej podziału naczyń biodr. wspólnych); SULpeak 2.67 – zm. poprzednio nieobecne
- przy naczyniach biodr. wewn. obustronnie na poz. głów kł. udowych; SULpeak po str. P 2.8 (bez różnic w porów. z poprz. bad.); SULpeak po str. lewej 1.79 (spadek o 6% w porów. z poprz. bad.)
- Przy naczyniach biodr. zewn. po str. L zagęszczenia max. 3.5 x 5 cm o cechach nacieku; SULpeak 4.28
- w KT przy naczyniach biodr. wewn. i zewn. po str. prawej rozległe p-nie płynowe o cechach torbieli limfatycznej

# OPCJE TERAPEUTYCZNE

1. Obserwacja
2. Radioterapia z pól zewnętrznych
3. Radioterapia paliatywna
4. Chemioterapia paliatywna
5. Radiochemioterapia
6. Chemioterapia z następową teleradioterapią
7. Teleradioterapia z następową radioterapią stereotaktyczną na obszar przerzutów do węzłów chłonnych
8. Resekcja +/- RT
8. Inna ?

## CO ZAPROPONOWANO?

- Paliatywna chemioterapia (paclitaxel 135-175/m<sup>2</sup> + ew. Carbo 5AUC) + radioterapia paliatywna(30 Gy/3 Gy):  
1
- Radykalna radioterapia z boostem na N+: 6

# OPCJE TERAPEUTYCZNE

## 1. Resekcja przerzutowych ww. chłonnych

- Konsultacja chirurgiczna → ocena resekcyjności
- Konsultacja anestezyjologiczna → ocena operacyjności
  - maksymalna cyto-redukcja
  - ocena statusu receptorów ER/PR → rozważenie HTH w przyp. ER(+)/PR(+) oraz G1, G2

# OPCJE TERAPEUTYCZNE

Resekcyjność (+)

Operacyjność (+)

mRD (+)

TRTH 3D-IMRT (SIB) 45 Gy/25 fr. na obszar zajętych grup węzłowych\* + boost 16 Gy/8 fr. na obszar FDG(+) LN +/- HTH

\*Okołoaortalne

Biodrowe wspólne, zewnętrzne, wewnętrzne, zasłonowe

mRD (-)

TRTH 3D-IMRT 45 Gy/25 fr. na obszar zajętych grup węzłowych\* +/- HTH

# OPCJE TERAPEUTYCZNE

Resekcyjność i/lub  
Operacyjność (-)



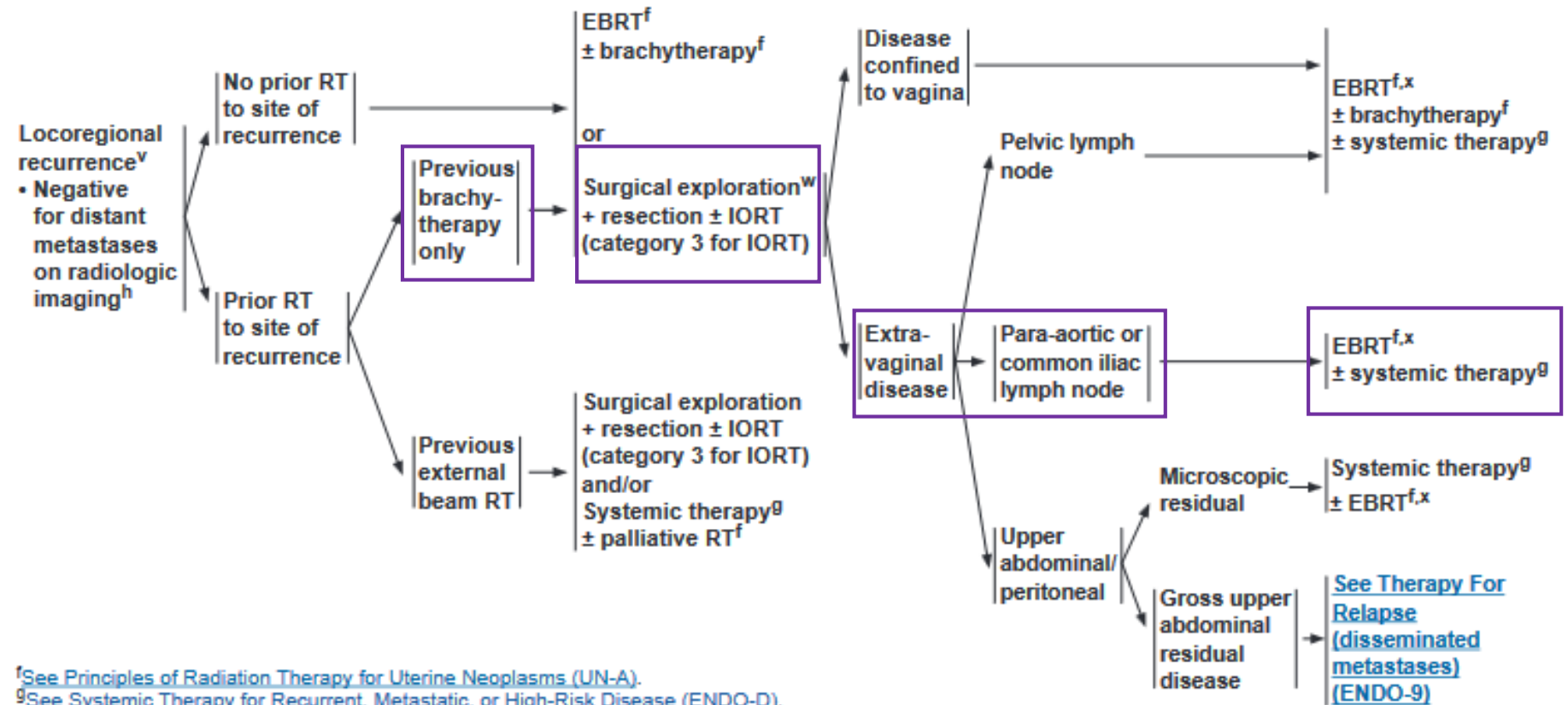
TRTH 3D-IMRT (SIB) 45 Gy/25 fr. na obszar zajętych grup węzłowych\* + boost 16 Gy/8 fr. na obszar FDG(+) LN (jeśli dostępne: rozważyć TRTH + SBRT boost)

\*Okoloaortalne  
Biodrowe wspólne, zewnętrzne, zasłonowe, wewnętrzne,

CLINICAL PRESENTATION

THERAPY FOR RELAPSE

ADDITIONAL  
THERAPY



<sup>f</sup>See Principles of Radiation Therapy for Uterine Neoplasms (UN-A).

<sup>g</sup>See Systemic Therapy for Recurrent, Metastatic, or High-Risk Disease (ENDO-D).

<sup>h</sup>See Principles of Imaging for Endometrial Carcinoma (ENDO-A).

<sup>v</sup>May include patients with isolated common iliac or para-aortic lymph node recurrence.

<sup>w</sup>Consider preoperative EBRT in select patients.

<sup>x</sup>Post-resection consolidation EBRT can be considered in patients who were not previously irradiated or who are deemed to have additional tolerance for radiation.

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.  
Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any patient with cancer is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

# UZASADNIENIE - CYTOREDUKCJA

- U pacjentów z zaawansowanym lub nawrotowym rakiem trzonu macicy cyto-redukcja bez makroskopowej choroby resztkowej poprawia OS –  
- analizy retrospektywne
- Barlin JN, Puri I, Bristow RE. Cytoreductive surgery for advanced or recurrent endometrial cancer: a meta-analysis. *Gynecol Oncol* 2010;118:14-18
- Landrum LM, Moore KN, Myers TK, et al. Stage IVB endometrial cancer: does applying an ovarian cancer treatment paradigm result in similar outcomes? A case-control analysis. *Gynecol Oncol* 2009;112:337-341
- Lambrou NC, Gomez-Marin O, Mirhashemi R, et al. Optimal surgical cytoreduction in patients with Stage III and Stage IV endometrial carcinoma: a study of morbidity and survival. *Gynecol Oncol* 2004;93:653-658

# UZASADNIENIE - RADIOTERAPIA

- PORTEC 1, GOG 99 – adjuwantowa RT w pierwotnym raku ograniczonym do macicy zmniejsza ryzyko LRR, bez wpływu na OS
- RT na obszar izolowanych nawrotów w kikucie pochwy = 5-y OS 50-70%; dla nawrotów regionalnych istotnie gorsze rokowanie (PORTEC 1: 3-y OS 8%)
- Jhingran A, Burke TW, Eifel PJ. Definitive radiotherapy for patients with isolated vaginal recurrence of endometrial carcinoma after hysterectomy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2003;56:1366-1372
- Creutzberg CL, van Putten WL, Koper PC, et al. Survival after relapse in patients with endometrial cancer: results from a randomized trial. *Gynecol Oncol* 2003;89:201-209
- Lin LL, Grigsby PW, Powell MA, Mutch DG. Definitive radiotherapy in the management of isolated vaginal recurrences of endometrial cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2005;63:500-504

# UZASADNIENIE - HORMONOTERAPIA

- Dobra odpowiedź u bezobjawowych pacjentek z rozsianym rakiem trzonu macicy
- Gł. predyktory odpowiedzi: dobrze zróżnicowane guzy, ekspresja ER/PR, długi okres bez nawrotu choroby
  
- Decruze SB, Green JA. Hormone therapy in advanced and recurrent endometrial cancer: a systematic review. *Int J Gynecol Cancer* 2007;17:964-978
- Thigpen JT, Brady MF, Alvarez RD, et al. Oral medroxyprogesterone acetate in the treatment of advanced or recurrent endometrial carcinoma: a dose-response study by the Gynecologic Oncology Group. *J Clin Oncol* 1999;17:1736-1744
- Dellinger TH, Monk BJ. Systemic therapy for recurrent endometrial cancer: a review of North American trials. *Expert Rev Anticancer Ther* 2009;9:905-916

# CHEMIOTERAPIA

## – dyskwalifikacja ze względu na liczne obciążenia internistyczne

- Postępowanie preferowane w nawrotowym i rozsiałym raku trzonu macicy
- Rekomendowane schematy: karboplatyna/paklitaksel (OS 13-29 m-cy), cisplatyna/doksorubicyna, karboplatyna/docetaksel, cisplatyna/doksorubicyna/paklitaksel
- Ray M, Fleming G. Management of advanced-stage and recurrent endometrial cancer. *Semin Oncol* 2009;36:145-154
- Humber CE, Tierney JF, Symonds RP, et al. Chemotherapy for advanced, recurrent or metastatic endometrial cancer: a systematic review of Cochrane collaboration. *Ann Oncol* 2007;18:409-420
- Pectasides D, Xiros N, Papaxoinis G, et al. Carboplatin and paclitaxel in advanced or metastatic endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2008;109:250-254
- Sorbe B, Andersson H, Boman K, et al. Treatment of primary advanced and recurrent endometrial carcinoma with a combination of carboplatin and paclitaxel-long-term follow-up. *Int J Gynecol Cancer* 2008;18:803-808

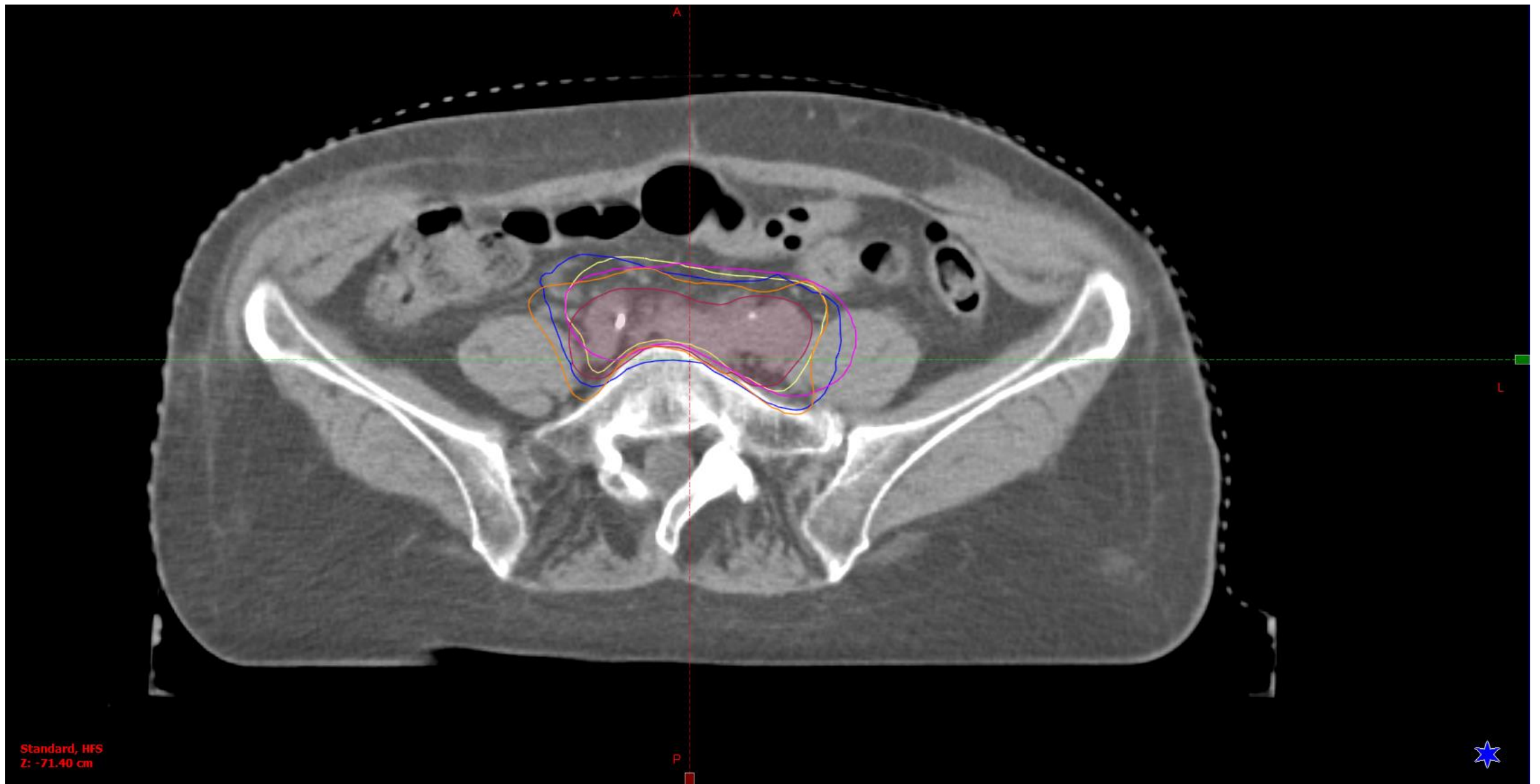
# WYBRANA OPCJA TERAPEUTYCZNA

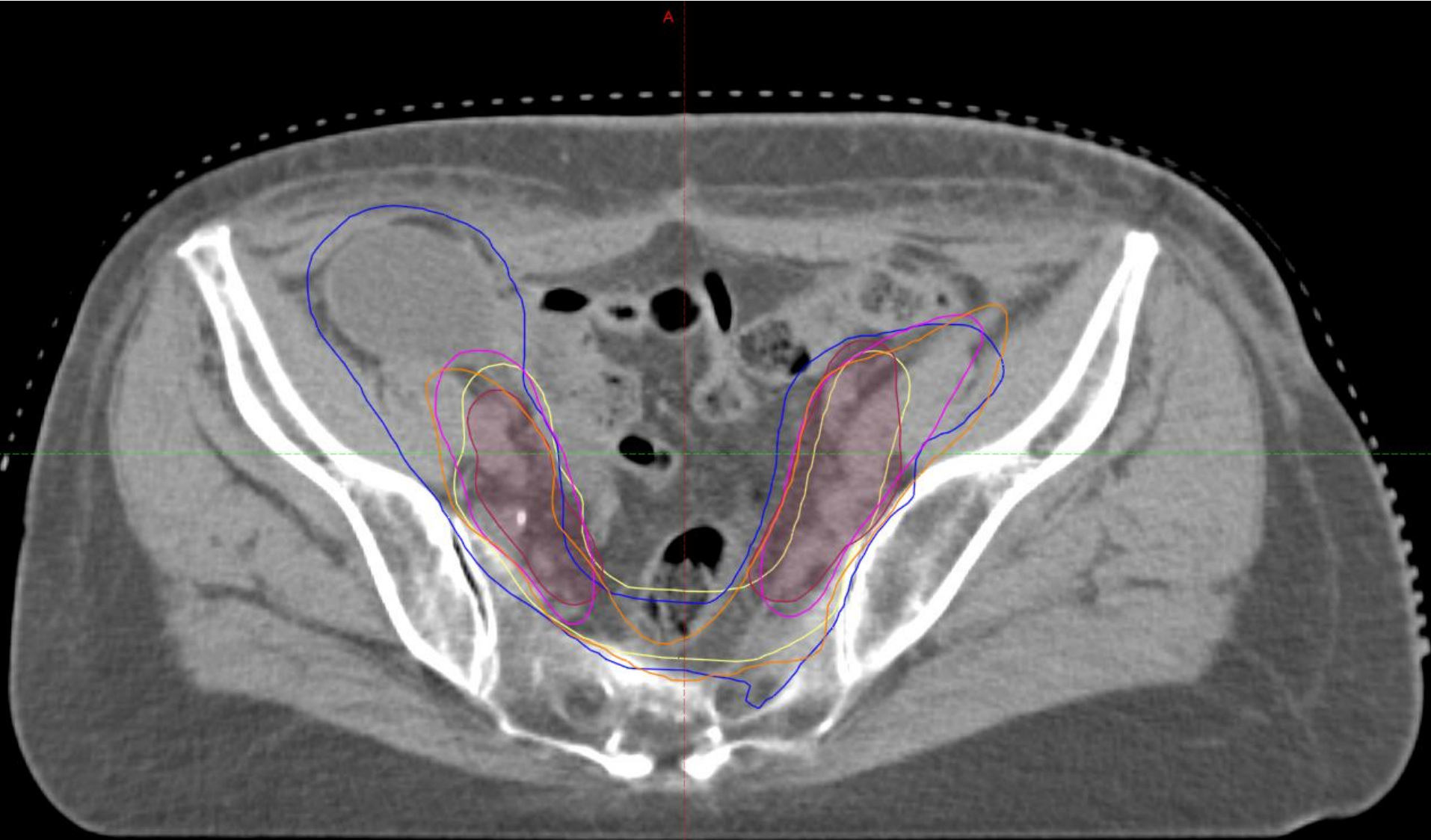
RT 3D-IMRT: 50,4 Gy/28 fr. na obszar zajętych grup węzłowych\* + boost 16,2 Gy/9 fr. na obszar FDG(+) LN

\*Okołoaortalne

Biodrowe wspólne, zewnętrzne, zasłonowe, wewnętrzne,

# CTV węzłowe

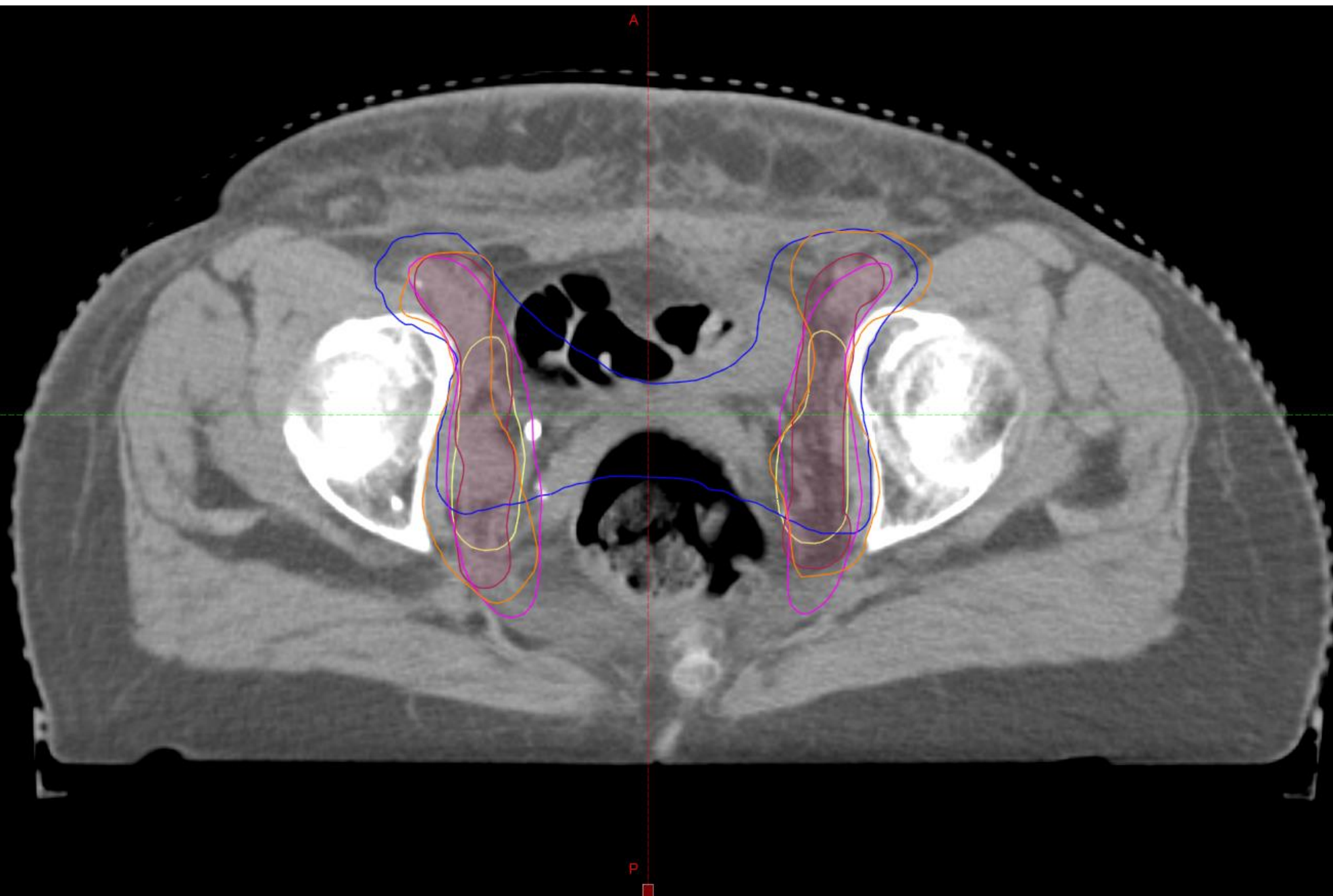




Standard, HFS  
Z: -76.40 cm

P

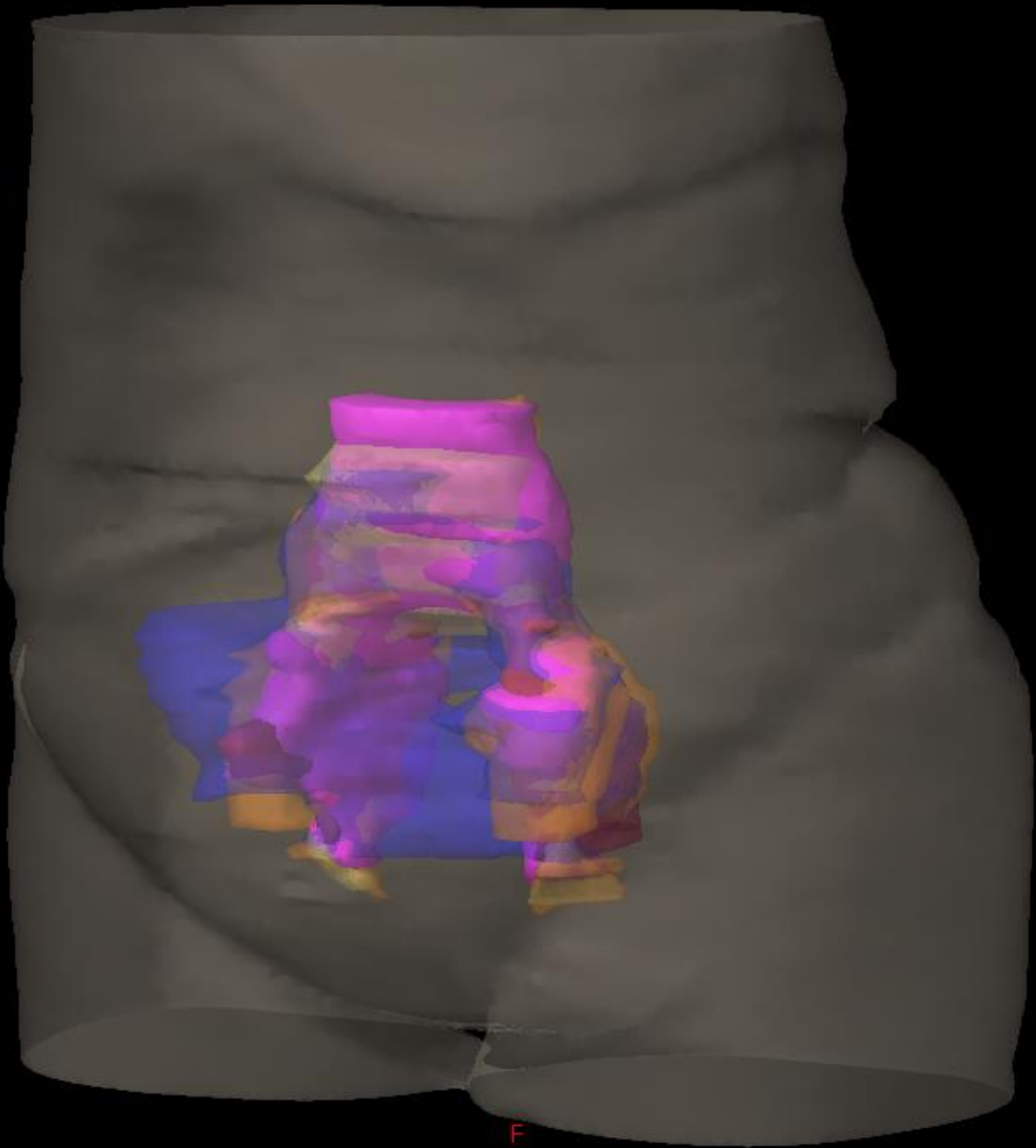




Standard, HFS  
Z: -81.40 cm

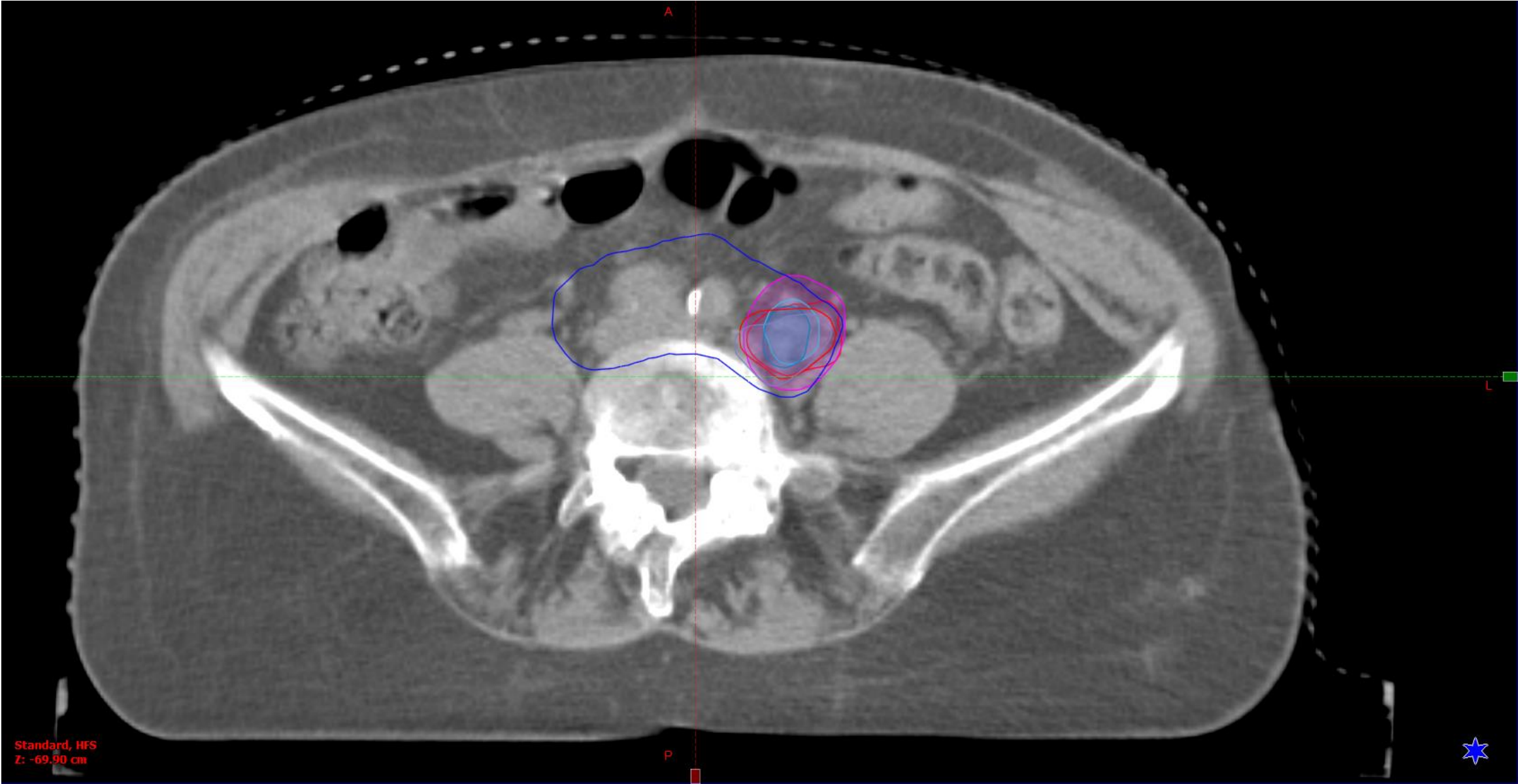


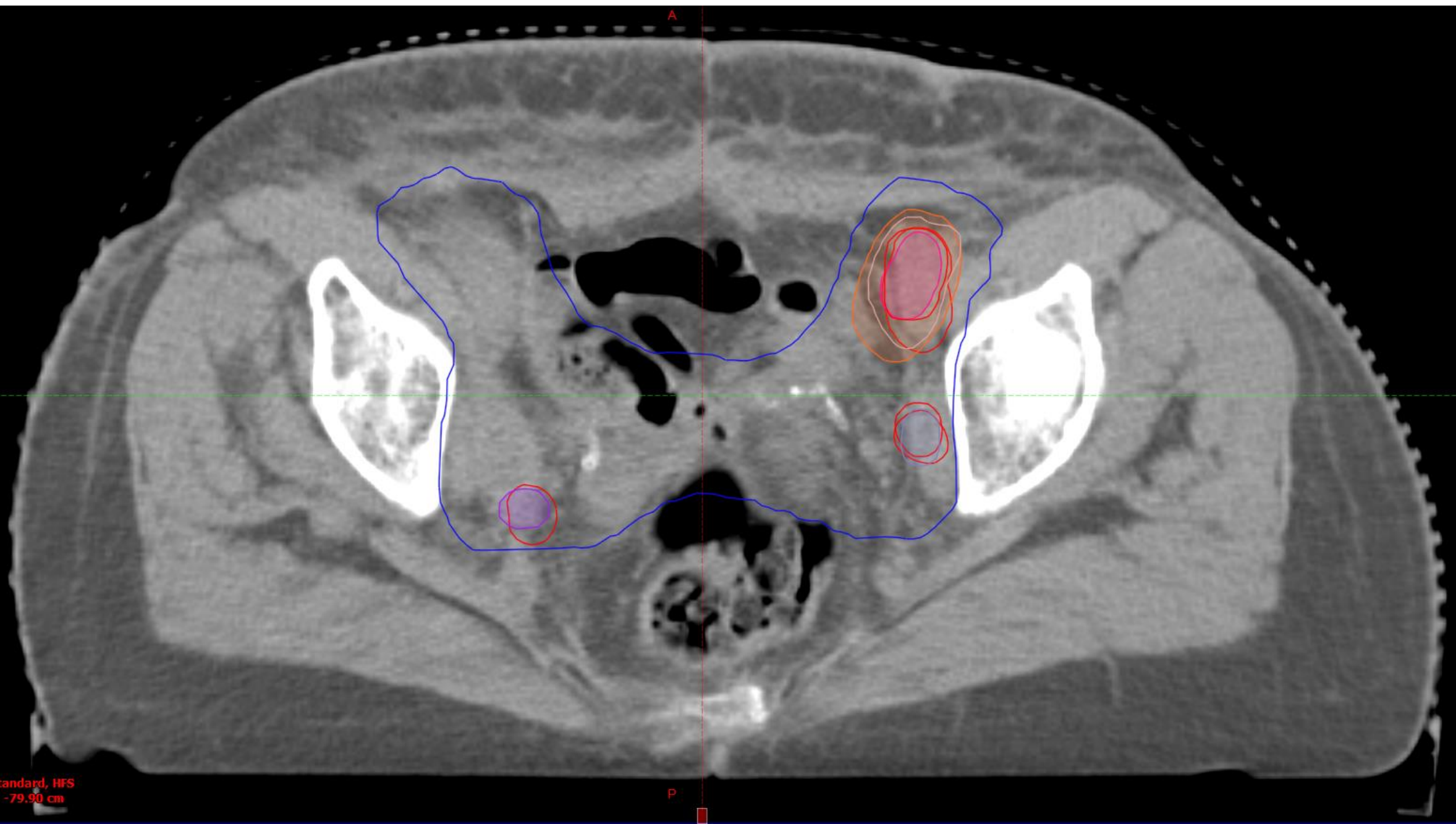
H



F

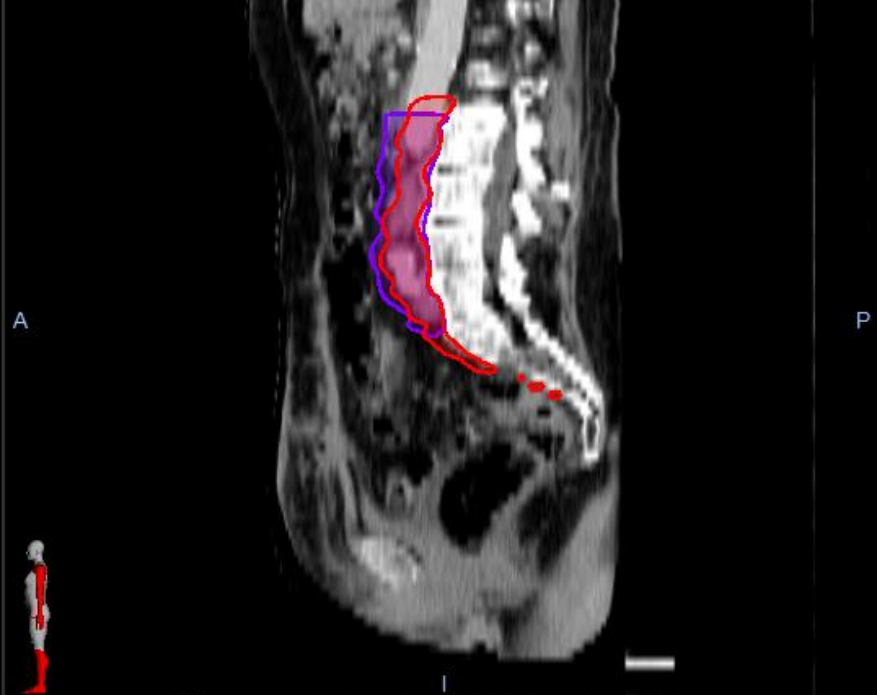
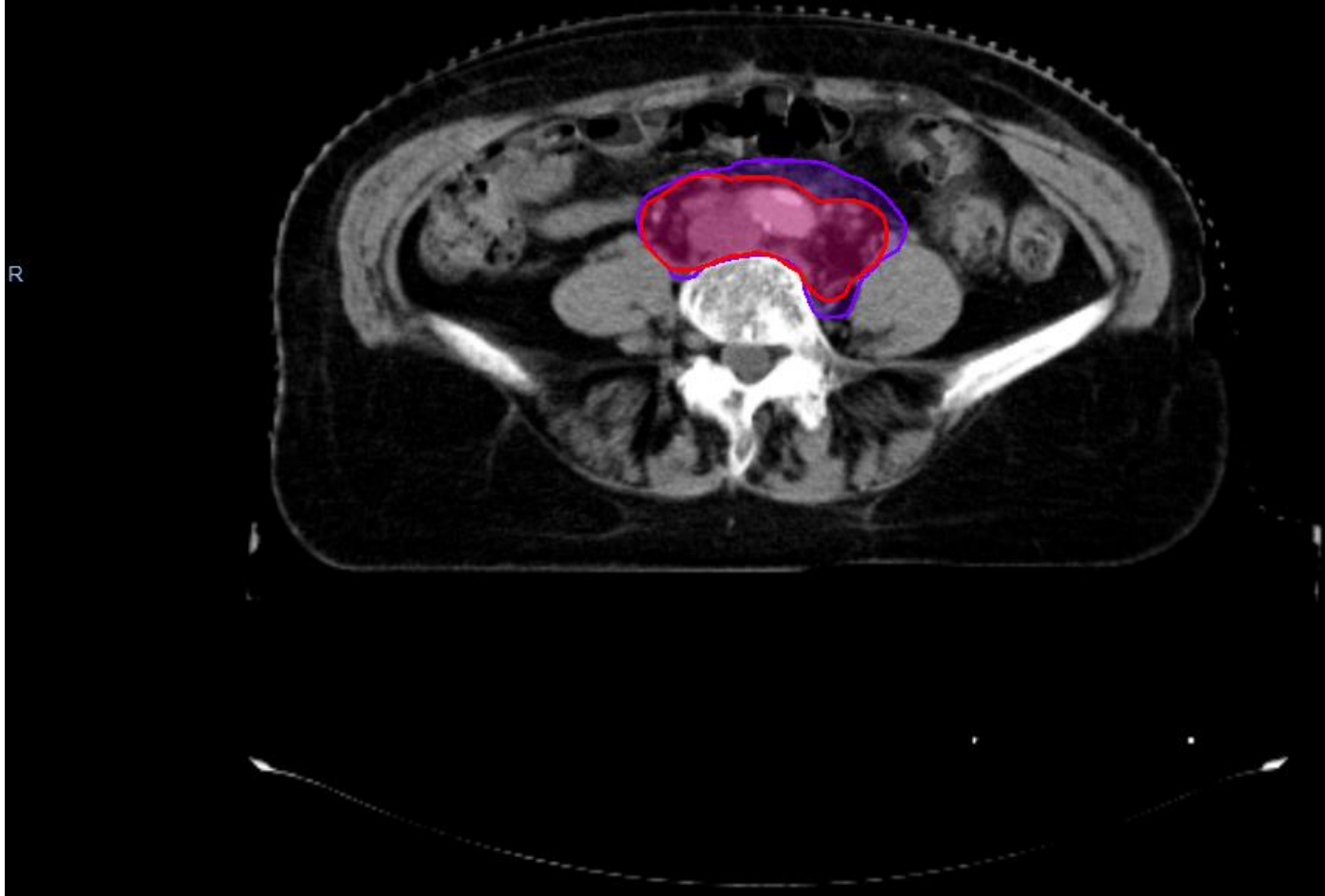
# CTV N+

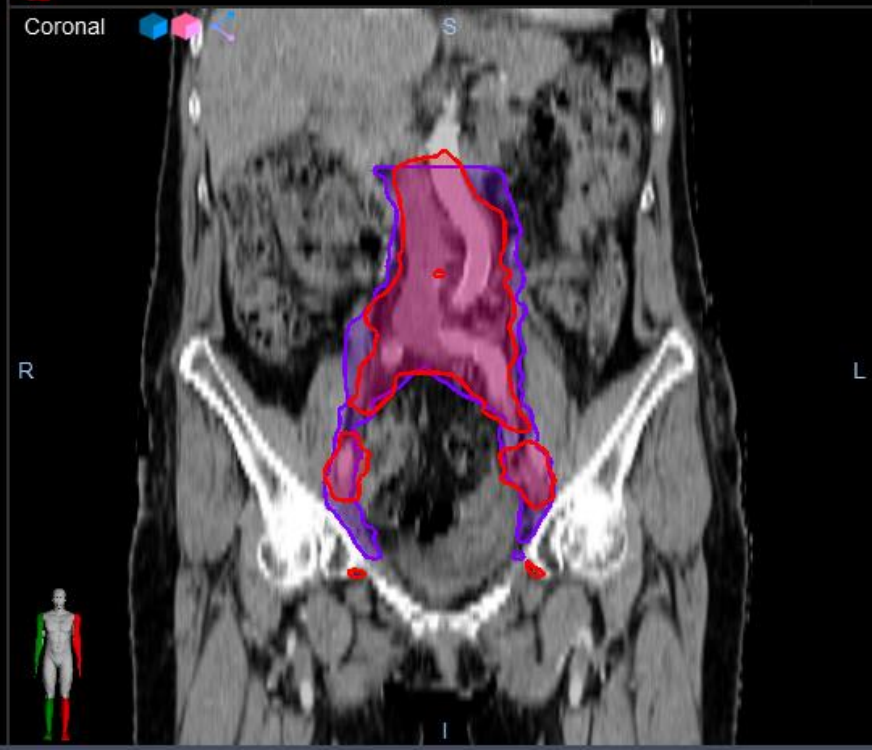
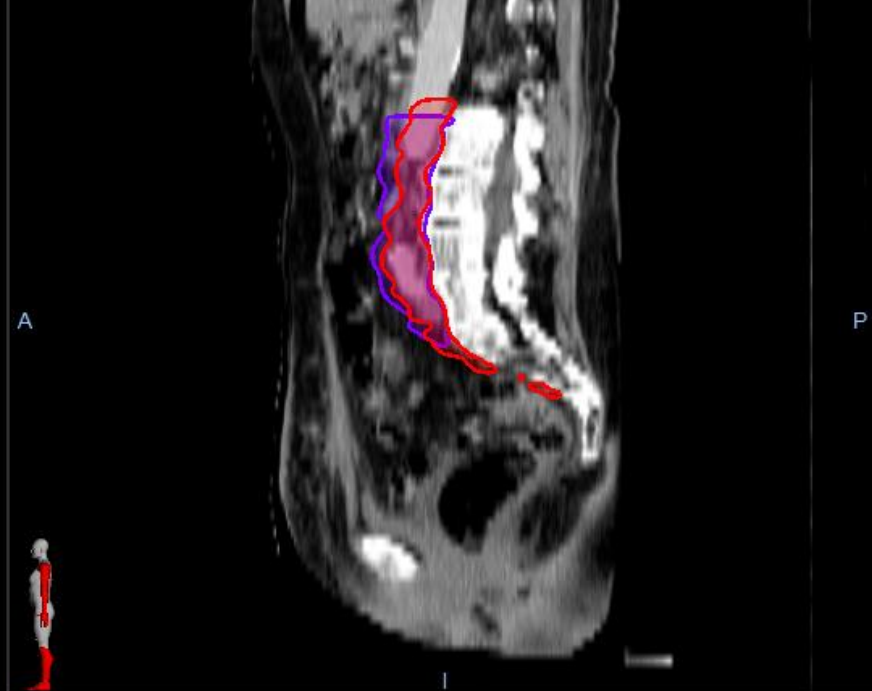
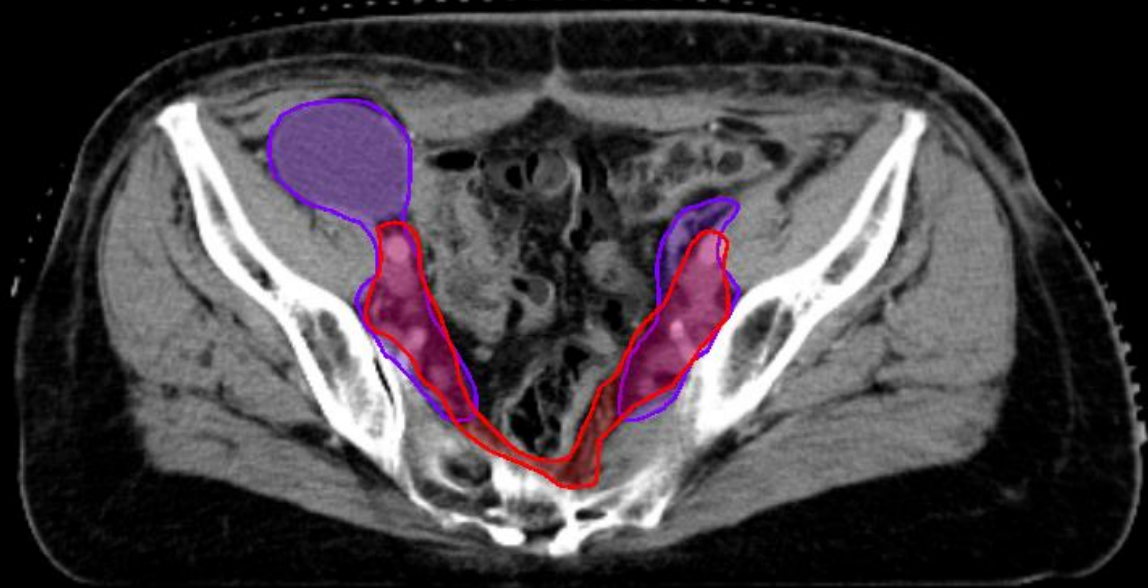




Standard, HFS  
Z: -79.90 cm







# **EFEKT LECZENIA**

Bez nawrotu choroby: 4 lata po RT

Zgon (z przyczyn kardiologicznych): 4 lata po RT