

Cancerul endometrial

Ce este cancerul
endometrial?

Lasa-ne sa
iti explicam.

www.anticancerfund.org | www.esmo.org

CANCERUL ENDOMETRIAL: GHID PENTRU PACIENTE

INFORMATII PENTRU PACIENTE BAZATE PE GHIDURILE DE PRACTICA CLINICA ESMO

Acest ghid pentru paciente a fost pregătit de către Anticancer Fund (Fondul Anticancer) pentru a ajuta pacientele și rudele lor să înțeleagă mai bine natura cancerului endometrial și să evalueze cele mai bune opțiuni de tratament disponibile în funcție de subtipul de cancer endometrial. Recomandăm ca pacientele să își întrebe medicul în legătură cu testele sau tipurile de tratamente necesare pentru tipul și stadiul bolii lor. Informațiile medicale din acest document au la bază ghidurile de practică clinică ale Societății Europene pentru Oncologie Medicală (ESMO – European Society for Medical Oncology) pentru gestionarea cancerului endometrial. Acest ghid pentru paciente a fost produs în colaborare cu ESMO și este difuzat cu permisiunea acestei societăți. A fost scris de către un medic și revizuit de către doi oncologi de la ESMO, inclusiv autorul principal al ghidurilor de practică clinică pentru specialiști. În plus, a fost revizuit și de către reprezentanții pacienților din Grupul de lucru pentru bolnavii de cancer ESMO.

Mai multe informații despre Anticancer Fund (Fondul Anticancer): www.anticancerfund.org

Mai multe informații despre Societatea Europeană pentru Oncologie Medicală: www.esmo.org

Veti gasi definitiile cuvintelor marcate cu un asterisc la finalul ghidului.

Cuprins

Definitia cancerului endometrial	3
Este cancerul endometrial frecvent?	5
Care sunt cauzele cancerului endometrial?	6
Cum este diagnosticat cancerul endometrial?	8
Ce este important de stiut pentru a obtine cel mai potrivit tratament?	10
Care sunt optiunile de tratament?	14
Care sunt posibilele efecte secundare ale tratamentelor?	19
Ce se intampla dupa tratament?	22
Definitiiile cuvintelor dificile	24

Prima versiune a acestui ghid a fost publicata in anul 2011 si a fost scrisa de catre dr. Gauthier Bouche (Anticancer Fund-Fondul Anticancer) si revizuita de catre dr. Svetlana Jezdic (ESMO), dr. George Plataniotis (ESMO) si prof. Lorenz Jost (Grupul de lucru pentru bolnavii de cancer de la ESMO).

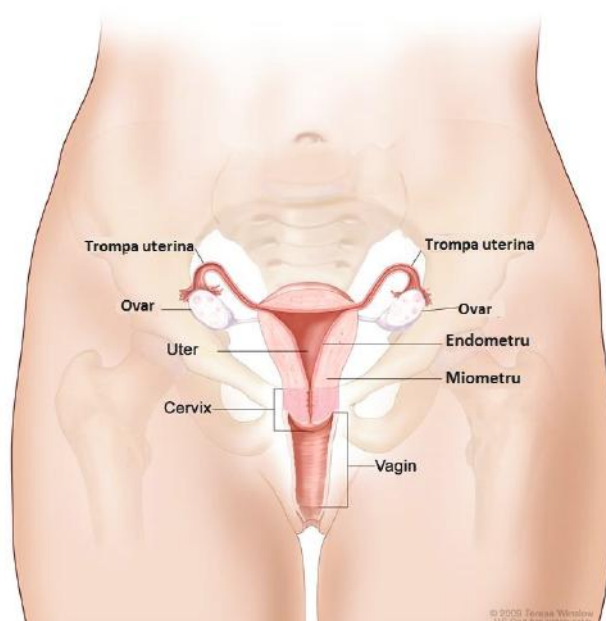
Actualizarea prezenta (2012) reflecta schimbarile din cea mai recenta versiune a Ghidurilor de Practica Clinica ESMO. Actualizarea a fost realizata de catre dr. Gauthier Bouche (Anticancer Fund - Fondul Anticancer) si revizuita de catre dr. Svetlana Jezdic (ESMO).

Ghidul a fost tradus in limba romana in cadrul unui proiect al Asociatiei Daruieste Viata pentru informarea bolnavilor de cancer, realizat cu sprijinul Fundatiei Vodafone Romania. Traducerea este avizata de Raluca Chifu, traducator, si validata de dr. Laura Mazilu, medic primar oncologie medicala la Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Constanta.

DEFINITIA CANCERULUI ENDOMETRIAL

Aceasta definitie provine de la si este utilizata cu permisiunea Institutului National de Cancer (NCI – National Cancer Institute) din Statele Unite ale Americii.

Cancerul care se formeaza in tesutul* care captureaza uterul (organul cavitara mic, in forma de para, din interiorul pelvisului femeii, in care se dezvoltata fatul). Cele mai multe cancere endometriale sunt adenocarcinoame* (cancere care incep in celulele care produc si elibereaza mucus si alte fluide).



Anatomia sistemului reproducator feminin. Organele sistemului reproducator include uterul (corpus si cervix), ovarele, trompele uterine, vaginul. Uterul are un strat muscular exterior numit miometru si o captuseala interioara numita endometru.

Nota importanta in ceea ce priveste celelalte tipuri de cancer ale uterului

Cancerul de col uterin

Cancerul de col uterin se formeaza in colul uterin, spre deosebire de cel endometrial, care se formeaza in corpul uterului. Diagnosticul si tratamentul acestui tip de cancer sunt diferite de cele ale cancerului endometrial.

Sarcomul uterin*

Sarcomul uterin* este un alt tip de cancer care se formeaza in corpul uterului. Acesta se formeaza in muschiul uterului (miometru) sau in alte tesuturi* din uter.

Desi tratamentul pentru sarcomul uterin* si cancerul endometrial au unele similaritati, informatiile prezentate aici sunt valabile pentru cancerul endometrial, dar nu si pentru sarcomul uterin*.

Carcinosarcomul uterin*

Carcinosarcomul uterin este un tip de cancer care se formează în corpul uterului. În prezent, este cunoscut faptul că acest carcinosarcom poate fi un tip agresiv de cancer endometrial. Prin urmare, informațiile oferite cu privire la cancerul endometrial sunt valabile și pentru carcinosarcomul uterin.

ESTE CANCERUL ENDOMETRIAL FRECVENT?

Cancerul endometrial este cel mai frecvent tip de cancer al organelor sistemului reproducator feminin. In Europa, 1-2 din 100 de femei vor dezvolta cancer endometrial la un moment dat. In Uniunea Europeana, peste 88.000 de femei sunt diagnosticate cu un cancer endometrial in fiecare an. Acest numar este in crestere in majoritatea tarilor europene. Este a saptea dintre cele mai frecvente cauze de deces prin cancer pentru femeile din Europa de Vest.

Cancerul endometrial apare de obicei la femeile trecute de 50 de ani, asadar, dupa menopauza; cu toate acestea, pana la 25% din cazuri pot aparea inainte de menopauza. In momentul diagnosticarii, aproximativ 75% din femei au un cancer care se limiteaza la uter (stadiul I). Pentru aceste femei, prognosticul* este bun si rata de supravietuire la 5 ani este de 90%.

CARE SUNT CAUZELE CANCERULUI ENDOMETRIAL?

În prezent, nu este clar de ce apare cancerul endometrial, dar au fost identificați unii factori de risc. Un factor de risc crește riscul ca un anumit cancer să apară, dar nu este nici necesar și nici suficient pentru a cauza boala. Un factor de risc nu este o cauză în sine.

Unele femei care au acești factori de risc nu vor dezvolta niciodată cancer endometrial, așa cum unele femei fără nici un astfel de risc vor dezvolta cancer endometrial.

Majoritatea cancerelor endometriale au nevoie de estrogeni* pentru a crește. Fără acestea, ele se vor opri din creștere sau vor crește mai lent. Acesta este motivul pentru care, cu câteva excepții, factorii care cresc riscul de cancer endometrial sunt legați de estrogeni.

Principalii factori de risc pentru cancerul endometrial sunt:

- Îmbătrânirea: riscul de cancer endometrial crește pe măsura ce femeile îmbătrânesc.
- Factorii genetici: femeile cu sindrom de cancer de colon nonpolipozic ereditar, cunoscut și sub numele de HNPCC (hereditary nonpolyposis colon cancer syndrome) sau sindrom Lynch, au un risc crescut de a dezvolta cancer de colon și endometrial la un moment dat. Acest sindrom este o dereglare moștenită, cauzată de o mutație genetică, care determină până la 5% din cazurile de cancer endometrial.
- Istoricul familial de cancer endometrial: existența unor rude de gradul I (mama, sora sau fiica) ce au suferit de cancer endometrial crește riscul de a suferi de această boală. Istoricul personal de cancer de sân sau ovarian:
 - Dacă o persoană a avut cancer de sân sau ovarian, riscul dezvoltării cancerului endometrial este mai mare.
 - Pentru femeile cu un istoric personal de cancer la sân, riscul crește și dacă pacienta a fost tratată cu tamoxifen*. Tamoxifenul este o substanță antiestrogenică și ar trebui să determine un risc mai scăzut, dar are și un efect de stimulare la nivelul endometrului, care poate susține dezvoltarea sau creșterea cancerului endometrial. Per total, pentru femeile cu cancer la sân cărora le-a fost prescris tamoxifen, beneficiul tratamentului cu tamoxifen depășește riscul de a dezvolta cancer endometrial.
- Istoricul personal de boli ginecologice:
 - Sindromul ovarelor polichistice: acest sindrom duce la un nivel crescut de estrogeni* și unul scăzut de progesteron*, crescând, prin urmare, riscul de a dezvolta cancer endometrial.
 - Hiperplazia endometrială, care reprezintă o proliferare a celulelor endometrului. Celulele sunt normale, dar pot deveni canceroase în timp. Riscul de cancer este foarte scăzut pentru hiperplazia simplă sau ușoară, dar mare pentru hiperplazia atipică.
- Expunerea la estrogen* în lipsa progesteronului* sau în prezența unei cantități insuficiente de progesteron, de exemplu în următoarele cazuri:
 - un dezechilibru natural;

- utilizarea sau aportul de estrogeni externi, in special terapii cu hormoni care contin doar estrogeni, dar nu si progesteron* dupa menopauza.
- Excesul in greutate si obezitatea: supraponderabilitatea sau obezitatea cresc riscul de cancer endometrial, deoarece modifica nivelul estrogenilor* si efectele lor.
- Diabetul: femeile cu diabet au un risc mai mare de a dezvolta cancer endometrial, deoarece acesta modifica nivelul de estrogeni * si efectele lor.
- Hipertensiunea arteriala*: s-a sugerat ca hipertensiunea arteriala este asociata cu un risc mai mare de cancer endometrial, dar mecanismul acestei posibile asocieri nu este inca limpede.
- Factorii geografici: femeile care traiesc in America de Nord sau in Europa au un risc mai mare de a dezvolta cancer endometrial.
- Absenta sarcinilor: femeile care nu au fost insarcinate niciodata au un risc mai mare de a dezvolta cancer endometrial. Pe de alta parte, femeile care au avut un copil sau mai multi prezinta un risc mai mic de a dezvolta cancer endometrial. Acest lucru este valabil in special in cazul femeilor care au avut 5 sau mai multi copii.
- Numarul total de cicluri menstruale: un numar mai mare de cicluri menstruale pe parcursul vietii creste riscul dezvoltarii cancerului endometrial, din nou din motive hormonale.

Administrarea de pilule contraceptive care contin atat estrogen*, cat si progesteron* micsoreaza riscul dezvoltarii unui cancer endometrial. Alti factori au fost suspectati de a fi asociati cu un risc crescut (consumul de alcool, lipsa activitatii fizice) sau scazut (consumul de fitoestrogeni din produsele alimentare pe baza de soia, cafea si legume) de dezvoltare a cancerului endometrial, insa dovezile sunt inconsistente.

CUM ESTE DIAGNOSTICAT CANCERUL ENDOMETRIAL?

Spre deosebire de cancerul de col uterin, nu se recomanda un screening¹ sistematic pentru cancerul endometrial.

Screeningul pentru cancerul de col uterin (constand intr-un frotiu cervical recoltat la fiecare 3 ani) este realizat in timpul examenilor ginecologice si are scopul de a detecta cancerul de col uterin, nu cancerul endometrial. Cancerul de col uterin este un cancer al cervixului, partea ingusta si inferioara a uterului care duce spre vagin (dupa cum se poate vedea in imaginea prezentata pe pagina cu definitia). Cu toate acestea, unele analize ale frotiului cervical pot detecta cancerul endometrial, chiar daca nu acesta este scopul lor.

Semnul cel mai frecvent al cancerului endometrial este sangerarea vaginala. Dupa menopauza nu ar mai trebui sa existe sangerari vaginale, prezenta acestora nefiind normala. Sangerarile vaginale dupa menopauza ar trebui sa le alerteze pe femei si sa le determine sa consulte un medic. Inainte de menopauza, sangerarile vaginale dintre ciclurile menstruale sau sangerarile vaginale neobisnuit de abundente in timpul menstruelor ar trebui, de asemenea, sa le determine pe femei sa-si contacteze medicul. Cancerul endometrial nu este singura si cea mai frecventa cauza a acestor sangerari vaginale si medicii pot recomanda examinari ulterioare.

Diagnosticul cancerului endometrial se bazeaza pe urmatoarele trei tipuri de examinari:

1. **Examinarea clinica***. Aceasta include examinarea ginecologica, pentru a determina localizarea si volumul tumorii si a afla daca aceasta s-a extins si la alte organe din pelvis.
2. **Examinarea radiologica**. Aceasta include examinarea cu ultrasunete a uterului. Este introdusa in vagin o sonda pentru a ajunge mai aproape de uter, fapt care permite o examinare mai buna. Aceasta se numeste ecografie transvaginala. In timpul acestei examinari se masoara grosimea endometrului. Daca grosimea este mai mare de 3-4 mm, trebuie luat un esantion din endometru (biopsie*). Pentru a exclude metastazele* se pot efectua investigatii suplimentare, cum ar fi radiografia toracica*, ecografia abdominala si tomografia computerizata* abdominala. Daca exista suspiciunea ca un cancer s-a extins la colul uterin, trebuie ceruta o scanare imagistica prin Rezonanta Magnetica Nucleara* (RMN).



¹ Procesul de screening consta in efectuarea unei examinari pentru a detecta cancerul intr-un stadiu incipient, inainte sa apara simptome ale acestuia. Un screening sistematic este propus daca se poate efectua o examinare sigura si acceptabila si daca aceasta examinare poate detecta cancerul in majoritatea cazurilor. In plus, trebuie demonstrat faptul ca tratarea cancerelor care au parcurs procesul de screening este mai eficienta decat tratarea cancerelor diagnosticate datorita aparitiei simptomelor. De exemplu, acest lucru a fost demonstrat pentru testul Papanicolau utilizat in screeningul pentru cancer de col uterin.

3. **Examinarea histopatologica***. Aceasta este analiza de laborator a celulelor tumorale, prin disectia unui esantion din tumoare (biopsie*). Este realizata de catre un medic patolog, care va confirma diagnosticul de cancer endometrial si va oferi mai multe informatii referitoare la caracteristicile cancerului. Biopsia este obtinuta de obicei printr-o histeroscopie, care implica introducerea unui telescop subtire in uter, impreuna cu un dispozitiv special, pentru a lua biopsia. O a doua analiza histopatologica* va fi realizata ulterior, prin examinarea tumorii indepartate pe cale chirurgicala.



CE ESTE IMPORTANT DE STIUT PENTRU A OBTINE CEL MAI POTRIVIT TRATAMENT?

Pentru a stabili cel mai bun tratament, va fi nevoie ca medicii sa ia in considerare mai multe aspecte, referitoare atat la pacienta, cat si la cancer.



Informatii relevante despre pacienta

- Istoricul medical personal.
- Istoricul de cancer la rude, mai ales de cancer la san si ovarian.
- Situati in ceea ce priveste menopauza.
- Rezultatele examinarii clinice* efectuate de catre doctor.
- Starea generala.
- Inainte de interventia chirurgicala se va efectua o evaluare preoperatorie pentru a evalua riscurile anesteziei* si riscurile interventiei chirurgicale. Evaluarea preoperatorie consta in intrebari specifice si o examinare* fizica. De obicei, este nevoie si de o radiografie toracica* si de analize de sange pentru a evalua celulele sanguine albe, celulele sanguine rosii, trombocitele, functionarea ficatului si a rinichilor. Pot fi necesare si alte examinari suplimentare, in functie de istoricul medical al pacientei.

Informatii relevante despre cancer

- **Rezultatele biopsiei***

Biopsia efectuata cu ajutorul dispozitivului special introdus in uter in timpul examinarii ginecologice va fi analizata in laborator. Aceasta analiza a biopsiei se numeste histopatologie*. O a doua examinare histopatologica va fi efectuata mai tarziu, prin examinarea tumorii si a ganglionilor limfatici* dupa indepartarea lor chirurgicala.

Inainte de interventia chirurgicala, rezultatele examinarii biopsiei* ar trebui sa includa:

- **Tipul histologic ***

Tipul histologic se bazeaza pe tipul celulelor din care este formata tumoarea. Cancerele endometriale se formeaza in endometru, tesutul* care captureaza cavitata uterina. Principalele tipuri histologice de cancer endometrial sunt carcinomul endometrioid (80%), carcinomul papilar seros* (5%-10%) si carcinomul cu celule clare* (aproximativ 1%). Carcinoamele endometrioide sunt compuse din celule care seamana cu endometrul normal si pot fi asociate cu sau precedate de o multiplicare anormala a celulelor normale ale endometrului, fenomen numit hiperplazie endometriala. Carcinoamele papilare seroase (numite si carcinoame seroase) sunt alcatuite din celule diferite de endometrul normal si care au in comun asemanari cu cea mai frecventa forma de cancer al ovarelor sau al trompelor uterine.

- **Gradul**

Gradul are la baza diferenta dintre aspectul celulelor tumorale si cel al celulelor endometriale normale si rapiditatea cu care acestea cresc. Pentru cancerul endometrial, gradul va fi intre 1 si 3. Cu cat gradul este mai mic, cu atat prognosticul va fi mai bun*. Atunci cand tipul histopatologic este endometrioid, gradul poate fi 1, 2 sau 3. Atunci cand tipul histologic este carcinom papilar seros* sau carcinom cu celule clare*, gradul este intotdeauna 3 si aduce dupa sine un prognostic mai rau.

- **Invazia spatiului limfovacular**

Invazia spatiului limfovacular inseamna ca se gasesc celule tumorale in vasele de sange si in vasele limfatice ale tumorii. Existenta celulelor tumorale in aceste vase inseamna ca este mult mai probabil ca boala sa se fi extins la ganglionii limfatici* sau la alte organe.

- **Profilul expresiei genice***

Biopsia* poate ajuta si la cuantificarea unui set distinct de gene exprimate de tumoare. Acest lucru nu se face in mod obisnuit, dar poate fi util in predictionarea agresivitatii tumorii si a raspunsului la chimioterapie*.

Bazandu-se pe tipul histologic*, pe grad si pe profilul expresiei genice*, doctorii impart uneori cancerul endometrial in doua tipuri.

Cancerle endometriale de tip I sunt, de regula, carcinoame endometrioid si cancer de gradul 1 sau 2. Se considera ca acestea ar fi cauzate de excesul de estrogen*. De obicei, sunt mai putin agresive si au o probabilitate mai mica de a se raspandi la alte tesuturi* decat cancerle endometriale de tip II.

Cancerle endometriale de tip II sunt de obicei carcinoame papilare seroase*, carcinoame cu celule clare* sau carcinosarcoame* si cancer de gradul 3. Acestea prezinta, de asemenea, diferite mutatii ale genelor si produc proteine diferite de cancerle endometriale de tip I. Se pare ca nu sunt cauzate de un exces de estrogen*. Celulele din aceste tumori nu au de obicei receptori pentru estrogen si progesteron*. Carcinoamele cu celule clare nu prezinta niciodata astfel de receptori pentru hormoni. Deoarece este mult mai probabil ca ele sa creasca si sa se raspandeasca in afara uterului, medicii au tendinta sa foloseasca tratamente mai agresive pentru a trata pacientele cu cancer de tip II.

- **Stadializarea***

Medicii folosesc stadializarea* pentru a determina extinderea cancerului si prognosticul* pacientei. Pentru cancerul endometrial se foloseste frecvent sistemul de stadializare* al Federatiei Internationale de Obstetrica-Ginecologie (FIGO). Acest sistem de stadializare* FIGO se bazeaza pe raspandirea tumorii din locul sau initial din endometru la alte tesuturi* sau organe.

Stadiul este esential pentru decizia in ceea ce priveste tratamentul. Cu cat stadiul este mai avansat, cu atat prognosticul va fi mai rau*. Pentru cancerul endometrial, stadiul este definit dupa ce pacienta a fost operata, pe baza a ceea ce chirurgul a observat in timpul interventiei chirurgicale si a rezultatelor analizelor de laborator efectuate asupra tumorii rezecate. Stadializarea* este, asadar, chirurgicala si patologica. Patologul va determina adancimea invaziei tumorii in muschiul uterului, extinderea acesteia spre colul uterin, marimea si localizarea sa, extinderea spre trompele uterine si ovare, gradul, tipul histologic* si invazia in spatiul limfovacular. In cazul in care ganglionii limfatici* au fost indepartati in timpul operatiei, patologul va verifica daca apar celule canceroase si in acestia.

Tabelul de mai jos arata diferitele stadii ale cancerului endometrial. Definitiiile pot fi tehnice, de aceea se recomanda sa cereti explicatii mai detaliate medicului.

Stadiul	Definitia
Stadiul I	<i>Tumoarea se afla in uter, dar nu s-a extins in afara acestuia. Stadiul I se imparte in stadiile IA si IB, in functie de grosimea tumorii din uter.</i>
Stadiul IA	<i>Tumoarea fie este limitata la endometru, fie a invadat mai putin de 50% din grosimea muschiului uterului.</i>
Stadiul IB	<i>Tumoarea a invadat mai mult de 50% din grosimea muschiului uterului.</i>
Stadiul II	<i>Tumoarea se afla in uter si s-a extins la colul uterin. Incepand cu anul 2009, stadiul II de cancer endometrial nu mai este impartit in stadiile IIA si IIB.</i>
Stadiul III	<i>Tumoarea s-a extins dincolo de uter si colul uterin, la alte parti ale organului genital feminin (vagin, ovare, trompe uterine sau tesuturi* din jurul uterului) sau la ganglionii limfatici* din aceasta zona. Stadiul III este impartit in stadiile IIIA, IIIB, IIIC1 si IIIC2, in functie de organele la care s-a extins tumoarea.</i>
Stadiul IIIA	<i>Tumoarea a invadat membrana exterioara a uterului (numita strat exterior seros), trompa/trompele uterin(e) sau ovarele.</i>
Stadiul IIIB	<i>Tumoarea a invadat vaginul sau parametriumul, tesutul care inconjoara colul uterin.</i>
Stadiul IIIC1	<i>Apar celule tumorale in ganglionii limfatici* pelvieni*.</i>
Stadiul IIIC2	<i>Apar celule tumorale in ganglionii limfatici* paraaortici*.</i>
Stadiul IV	<i>Tumoarea s-a extins la vezica urinara, la intestin sau la alte organe ale corpului (metastaze*). Stadiul IV este impartit in stadiile IVA si IVB.</i>
Stadiul IVA	<i>Tumoarea a invadat vezica urinara sau mucoasa intestinala.</i>
Stadiul IVB	<i>Sunt gasite celule tumorale in ganglionii limfatici* din zona inghinala sau abdominala sau in organe indepartate, cum ar fi ficatul sau plamanii.</i>

Nota: stadiile prezentate in acest tabel au la baza sistemul de stadializare FIGO 2009. Pana in anul 2009 s-a folosit un alt sistem de stadializare* FIGO. Prin urmare, toate datele si dovezile referitoare la managementul cancerelor endometriale sunt disponibile pe baza vechiului sistem de stadializare* si, din pacate, nu se mai aplica in totalitate sistemului actual de stadializare*.*

• Evaluarea riscului de recidiva* la cancerele in stadiul I

Majoritatea femeilor sunt diagnosticate cu cancer in stadiul I si tratamentul chirurgical in acest stadiu este foarte eficient. Pentru aceste femei, este esential sa fie apreciat riscul de recidiva sau, cu alte cuvinte, riscul de revenire a cancerului. Evaluarea acestui risc de recidiva permite doctorilor sa aleaga cel mai bun tratament pentru a-l reduce cat mai mult, fara a administra terapii in plus, care nu numai ca nu ar reduce riscul, ci ar putea deteriora si calitatea vietii.

Este cunoscut in prezent faptul ca riscul de recidiva creste atunci cand cancerul prezinta unele dintre urmatoarele caracteristici: tipuri histologice* altele decat cel endometrioid, gradul 3, stadiul IB, invazia spatiului limfovacular si tumori cu diametrul mai mare de 2 cm. In acest sens, cancerele de stadiul I sunt impartite in trei categorii de risc:

- Femeile ale caror cancer nu prezinta nici una dintre caracteristicile mentionate mai sus, adica acelea care au tumori in stadiul IA, mai mici de 2 cm, de tip endometrioid de gradul 1 sau 2 si fara invazie limfovaculara sunt considerate a avea un risc redus de recidiva.

- Femeile ale caror cancere sunt fie tumori in stadiul IA de tip endometrioid de gradul 3, fie tumori in stadiul IB de tip endometrioid de gradul 1 sau 2 sunt considerate a avea un risc mediu de recidiva.
- Femeile ale caror cancere sunt fie tumori in stadiul IB de tip endometrioid de gradul 3, fie tumori cu tipuri histologice* altele decat cel endometrioid, indiferent de substadiu (IA sau IB) sau grad, sunt considerate a avea un risc relativ mare de recidiva*.

De asemenea, se intampla ca, dupa examinarea care urmeaza interventiei chirurgicale, un cancer considerat a se afla in stadiul I sa se dovedeasca a se afla, de fapt, intr-un stadiu superior.

CARE SUNT OPTIUNLE DE TRATAMENT?

Elementul fundamental al tratamentului este operatia. Radioterapia* si chimioterapia* folosite dupa interventia chirurgicala sunt numite terapii adjuvante*, ceea ce inseamna ca sunt folosite in plus fata de aceasta.

Tratamentele enumerate mai jos au beneficii, riscuri si contraindicatii specifice. Este recomandat sa intrebati medicul in legatura cu beneficiile si riscurile preconizate ale fiecarui tratament, astfel incat sa fiti informata in legatura cu consecintele tratamentului. Pentru unele paciente sunt disponibile mai multe scheme de tratament, iar alegerea ar trebui discutata in functie de raportul dintre beneficiile si riscurile preconizate.

Interventia chirurgicala

O evaluare preoperatorie este realizata pentru fiecare pacienta. Interventia chirurgicala poate sa nu fie posibila pentru 5-10% dintre pacientele cu cancer endometrial, din cauza contraindicatiilor medicale si riscului prezentat de anestezie*. Aceste lucruri se intampla de obicei din cauza obezitatii, diabetului sau afectiunilor cardiace. Pentru pacientele considerate apte pentru operatie, scopul acesteia este de a stadializa boala si de a elimina uterul cu tumoarea.



Stadializarea* bolii

Operatia va permite stadializarea* bolii. Acest lucru se face prin examinarea tumorii pentru a-i determina marimea, localizarea si pentru a verifica daca se regasesc celule tumorale si in colul uterin, in trompele uterine, in ovare, in ganglionii limfatici* sau in alta parte a pelvisului sau abdomenului. In timpul operatiei, chirurgii controleaza si palpeaza si alte organe abdominale (ficatul, diafragma, epiploonul*, suprafetele peritoneale*). De asemenea, chirurgii introduc un lichid in cavitatea abdominala, il indeparteaza prin aspiratie si il trimit spre laborator pentru a se cauta celule canceroase. Aceasta operatiune poarta numele de lavaj (spalatura) peritoneal.

Toate tesuturile* indepartate in timpul operatiei sunt trimise la laborator pentru a fi examinate de catre patolog (examinare histopatologica*).

Indepartarea tumorii

Uterul care contine tumoarea va fi eliminat

Operatia presupune scoaterea uterului, a celor doua trompe uterine si a ambelor ovare. Indepartarea uterului se numeste histerectomie*, iar indepartarea ambelor trompe uterine si a ovarelor se numeste salpingo-ooforectomie* bilaterala sau salpingo-ovariectomie bilaterala.

Pentru pacientele cu cancer in stadiul I, stadiul II si stadiul III, aceasta interventie chirurgicala poate fi facuta printr-o incizie la nivelul abdomenului inferior (laparotomie*) sau printr-o tehnica numita histerectomie* vaginala asistata laparoscopic*. Aceasta tehnica foloseste o camera video pentru a proiecta si a mari imaginea pe un ecran TV, in scopul de a ghida indepartarea uterului, a trompelor uterine si a ovarelor prin vagin. Aceasta din urma tehnica pare sa asigure rezultate echivalente in ceea ce priveste calitatea indepartarii tumorii si rata de supravietuire, iar comparativ cu laparotomia* s-a demonstrat ca reduce durata spitalizarii, reduce folosirea de calmante, scade rata complicatiilor post-chirurgicale si imbunatateste calitatea vietii.

Abordarea chirurgicala standard pentru cancerul endometrial in stadiul I consta in eliminarea uterului, a ovarelor si a trompelor uterine, cu sau fara indepartarea ganglionilor limfatici*. Multi chirurghi sugereaza indepartarea ganglionilor limfatici* la pacientele cu risc mediu si ridicat de cancer endometrial in stadiul I (stadiul IA de gradul 3 si stadiul IB).

Abordarea chirurgicala pentru cancerul endometrial in stadiul II consta in indepartarea uterului, a ovarelor, a trompelor uterine si a ganglionilor limfatici* pelvieni, cu sau fara indepartarea ganglionilor limfatici* paraaortici.

Pentru pacientele cu cancer in stadiile III si IV, scopul interventiei chirurgicale este de a indeparta cat se poate de mult din tumoarea primara. Aceasta poarta numele de operatie de reducere tumorală sau operatie cito-reductiva.

Mai multi ganglioni limfatici* aflati la nivelul bazinului si de-a lungul aortei* pot fi eliminati

Se poate efectua eliminarea ganglionilor limfatici* aflati in zona pelviana* si de-a lungul aortei*. Aceasta practica difera de la un spital la altul. Chiar daca indepartarea ganglionilor limfatici* ii ajuta pe medici sa defineasca mai exact stadiul unui tip de cancer, nu exista nici o dovada ca aceasta are vreo valoare in tratamentul cancerului si in asigurarea ca acesta nu va recidiva. Eliminarea ganglionilor limfatici* creste riscul de limfedem, o afectiune in care lichidul limfatic se acumuleaza in picioare. Totusi, ea reprezinta o parte a procedurii de stadializare* si ajuta la identificarea pacientelor care pot avea nevoie de terapii adjuvante*. Multi chirurghi vin cu sugestia ca acesti ganglioni limfatici sa fie eliminati la toate pacientele operate, cu exceptia celor cu tumori in stadiul IA, de gradul 1 sau 2.

Terapia adjuvanta*

Terapia adjuvanta reprezinta tratamentul administrat in plus fata de interventia chirurgicala. Nu exista date categorice care sa sustina folosirea de rutina a tratamentelor adjuvante pentru pacientele a caror boala este limitata la uter (cancer endometrial localizat). Pentru toate stadiile exista in continuare controverse si o lipsa de dovezi clare referitoare la cele mai bune optiuni existente. Se recomanda ca decizia pentru tratamentul cancerului endometrial sa aiba la baza o discutie in cadrul unei echipe interdisciplinare de specialisti din domeniul medical. Aceasta se numeste sedinta multidisciplinara* sau consiliu pentru tumori (board tumoral). In cadrul sau se discuta planificarea tratamentului in functie de informatiile relevante mentionate anterior.



Terapia adjuvantă pentru cancerul în stadiul I

Opțiunile pentru pacienții cu cancer în stadiul I includ:

- **Observația***, care constă în consultații medicale regulate ce includ istoricul (revizuirea istoricului medical al pacientei), o examinare fizică și una vaginală*. Se pot efectua examinări suplimentare, cum ar fi un examen radiologic, analize de sânge și un examen sub anestezie* în cazul în care se observă semne sau simptome.
- **Brahiterapia* vaginală adjuvantă**, un tip de radioterapie* internă în care sursa de radiații este plasată în vagin.
- **Radioterapia* pelviană* adjuvantă**, care reprezintă un tip de radioterapie* externă în care radiațiile sunt produse de o sursă externă și apoi direcționate spre pelvis.

Chimioterapia* adjuvantă constă în folosirea de medicamente anticancer pentru a distruge celulele canceroase sau a le limita creșterea. Nu este limpede ce combinație de medicamente este cea mai eficientă, dar ea ar trebui să includă un medicament care conține platina (cisplatinul* și carboplatina* sunt medicamentele care conțin platina folosite în tratamentul cancerului endometrial).

Pentru pacienții cu cancer în stadiul I, alegerea tratamentului după intervenția chirurgicală depinde mai ales de riscul de recidivă.

Pentru pacienții cu risc minor de recidivă* (stadiul IA și tumoarea de gradul 1-2) se recomandă observația*.

Pentru pacienții cu risc mediu de recidivă (stadiul IB cu tumori de gradul 1-2 sau stadiul IA cu tumori de gradul 3):

- Observația* este o opțiune, dar poate fi propusă brahiterapia* vaginală.
- Pot fi aduse în discuție radioterapia pelviană* adjuvantă și chimioterapia* atunci când pacienta are peste 60 de ani, a fost găsită invazia spațiului limfovaskular în timpul examinării histologice sau tumoarea este mare.

Pentru pacienții cu risc major de recidivă (stadiul IB și tumori de gradul 3):

- Se recomandă radioterapia pelviană* adjuvantă.
- Poate fi adusă în discuție chimioterapia* adjuvantă atunci când pacienta are peste 60 de ani, a fost găsită invazia spațiului limfovaskular în timpul examinării histologice sau tumoarea este mare.

Terapia adjuvantă* pentru cancerul în stadiul II

Opțiunile pentru pacienții cu cancer în stadiul II includ:

- **Brahiterapia* vaginală adjuvantă**, un tip de radioterapie* internă în care sursa de radiații este plasată în vagin.
- **Radioterapia* pelviană* adjuvantă**, un tip de radioterapie* externă în care radiațiile sunt produse de o sursă externă și apoi direcționate spre pelvis.

- **Chimioterapie* adjuvanta**, care consta in utilizarea de medicamente anticancer pentru a distruge celulele canceroase sau a le limita cresterea. Nu este limpede ce combinatie de medicamente este cea mai eficienta, dar ea ar trebui sa includa un medicament care contine platina (cisplatinul* si carboplatina* sunt medicamentele care contin platina folosite in tratamentul cancerului endometrial).

Brahiterapie* vaginala poate fi folosita numai pentru pacientele cu tumori de gradul 1-2, fara invazia spatiului limfovacular si pentru care ganglionii limfatici* au fost eliminati si nu au prezentat celule tumorale la examinarea histologica.

In cazul in care ganglionii limfatici* nu au fost verificati pentru celule tumorale in timpul operatiei, se recomanda atat radioterapie* pelviana*, cat si brahiterapie* vaginala.

Chimioterapie* adjuvanta poate fi luata in considerare singura sau impreuna cu radioterapie* pelviana*. Folosirea chimioterapiei adjuvante poate reduce riscul de recidive* extrapelviene (raspandirea cancerului in afara pelvisului, cunoscuta si sub numele de metastaza*). Nu este limpede care combinatie de medicamente este cea mai eficienta, dar toate ar trebui sa includa un medicament care contine platina (cisplatinul* si carboplatina* sunt medicamentele care contin platina folosite in tratamentul cancerului endometrial).

Tratamentul bolii avansate (stadiile III si IV)

Tratamentul cancerului endometrial avansat include de obicei o combinatie intre chirurgie, radioterapie* si chimioterapie*. La 5-10% dintre pacientele cu cancer endometrial avansat nu va fi posibila operatia din cauza contraindicatiilor medicale. Aceste paciente pot fi tratate cu radioterapie* externa (radiatii produse de catre o sursa externa si directionate spre tumoare) si/sau radioterapie* interna, numita brahiterapie* (implica plasarea unei surse de radiatii in cavitatea uterului si/sau in vagin) si, in plus, cu tratament sistemic*.



Tratamentul adjuvant* pentru cancerul in stadiul III

Optiunile adjuvante pentru pacientele cu cancer in stadiul III operat includ:

- **Brahiterapie* vaginala adjuvanta.**
- **Radioterapie* pelviana* adjuvanta.**
- **Chimioterapie* adjuvanta.**

De-a lungul timpului s-a recomandat radioterapie* pelviana* si brahiterapie* vaginala dupa operatiile efectuate asupra pacientelor cu cancer in stadiul III. In prezent exista tot mai multe dovezi ca, in cazul pacientelor cu boala in stadiul III, chimioterapia ar trebui administrata in loc de sau in asociere cu radioterapia. Tratamentul optim ar trebui discutat cu medicii.

Chimioterapie* adjuvanta ar trebui sa includa un medicament care contine platina (cisplatinul* si carboplatina* sunt medicamentele care contin platina folosite in tratamentul cancerului endometrial).

Trebuie retinut faptul ca radioterapia* adjuvanta, atat interna, cat si externa, protejeaza impotriva unei cresteri ulterioare locale a tumorii (in pelvis). Chimioterapia* protejeaza impotriva raspandirii bolii in afara pelvisului.

Tratamentul pentru cancerul endometrial in stadiul IV

Pentru pacientele cu boala in stadiul IV, scopul tratamentului dupa operatia citoreductiva este de a actiona asupra celulelor canceroase care au ramas in organism, in pelvis sau in alta parte (metastaze*). Radioterapia* postoperatorie are efect local pentru a preveni recidiva tumorii in pelvis. Un tratament* sistemic actioneaza asupra celulelor canceroase din intregul organism si nu doar local. Tratamentul* sistemic poate consta in chimioterapie* sau terapie hormonala.

Medicamentele folosite in chimioterapie* includ compusi pe baza de platina, antracicline* si taxani*. Schemele de tratament care au la baza Paclitaxel* sunt preferate pentru prima linie de chimioterapie la pacientele cu cancer endometrial avansat, deoarece s-au dovedit a fi mai eficiente si mai bine tolerate.

Folosirea terapiei hormonale este recomandata doar pentru histologiile endometrioide. Aceasta implica utilizarea medicamentelor care contin hormonul numit progesteron*. Tamoxifenul si inhibitorii de aromataza* sunt alte doua medicamente folosite.

Terapiile administrate pacientelor cu cancer endometrial avansat trebuie sa fie individualizate in functie de nevoile, prognosticul* si starea de sanatate ale fiecărei paciente.

Particularitatile terapiei* pentru tumori papilare seroase* si tumori cu celule clare*

Carcinoamele papilare seroase* si cele cu celule clare* reprezinta forme de cancer mai agresive, dar mai putin frecvente decat carcinoamele endometrioide. Acestea necesita stadializare completa cu eliminarea uterului, a ovarelor, a trompelor uterine, a ganglionilor limfatici* pelvieni* si paraaortici* si a apendicelui*, biopsia* si eliminarea sacului conjunctiv al abdomenului. Ar trebui propusa chimioterapia* adjuvanta* pe baza de platina pentru boala in stadiu incipient (I sau II). Chimioterapia pe baza de platina se recomanda pacientelor cu boala in stadiul III sau IV. Aceleasi scheme de chimioterapie folosite de obicei pentru cancerul ovarian epitelial pot fi avute in vedere si pentru pacientele care au cancer uterin papilar seros sau cu celule clare avansat sau care a recidivat. Carcinoamele endometriale papilare seroase nu sunt considerate ca fiind responsive la hormoni.

CARE SUNT POSIBILELE EFECTE SECUNDARE ALE TRATAMENTELOR?

Chirurgia

Orice interventie chirurgicala realizata cu anestezie generala* presupune unele riscuri. Aceste complicatii sunt neobisnuite si includ tromboza venoasa profunda*, problemele cardiace sau respiratorii, sangerarile, infectiile sau reactiile la anestezie.

Organele reproducatoare feminine sunt situate in pelvis, impreuna cu tractul urinar inferior si tractul digestiv inferior. In timpul interventiei chirurgicale, tractul urinar si intestinele pot fi afectate.

Atunci cand ganglionii limfatici* din pelvis si de-a lungul aortei* sunt eliminati, acest lucru poate sa deterioreze sau sa blocheze sistemul limfatic, rezultand limfedemul, o afectiune in care lichidul limfatic se acumuleaza in picioare si le face sa se umfle. Acest lucru se poate intampla imediat dupa interventie sau mai tarziu.

O histerectomie* creste si riscul de incontinenta urinara si de prolaps vaginal la ani distanta de interventia chirurgicala, deoarece poate sa deterioreze sau sa slabeasca muschii planseului pelvin de sustinere*.

Femeile operate inainte de menopauza vor experimenta simptome ale menopauzei imediat dupa operatie, din cauza eliminarii ovarelor. Sunt frecvente bufeurile, schimbarile de dispozitie, transpiratiile nocturne, uscaciunea vaginala si problemele de concentrare.

Efectele secundare pot fi ameliorate si consilierea ar trebui sa vina de la specialistii in oncologie.

Efectele secundare ale terapiilor adjuvante*

Cele mai frecvente efecte secundare ale terapiilor adjuvante sunt de obicei reversibile dupa tratament. Sunt disponibile cateva strategii de prevenire sau ameliorare ale unora dintre aceste efecte secundare. Acestea ar trebui discutate in mod direct cu medicii.

Radioterapia* pelvina*

Efectele secundare ale radioterapiei externe* pentru tratarea cancerului endometrial se datoreaza in principal iradierii organelor din jurul uterului. Efectele radiatiilor asupra tractului urinar includ durerile la urinare, spasmele vezicii care au ca rezultat nevoia urgenta de urinare, prezenta sangelui in urina, obstructia tractului urinar si ulceratiile sau necroza membranei mucoase care captureaza vezica urinara. Efectele radiatiilor asupra tractului digestiv inferior includ disconfortul rectal, diareea, defecarea cu mucus si sange si, rareori, perforarea intestinelor. Ingustarea vaginala este un alt efect intarziat posibil al radioterapiei* pelviene*. Optiunile de tratament pentru aceste reactii post-iradiere ar trebui recomandate de catre medicul oncolog. Tehnicile moderne de radioterapie* externa, cum ar fi radioterapia cu intensitate modulata* (RIM/IMRT), au scopul de a reduce toxicitatea acesteia.

Brahiterapia* intravaginala

Efectele secundare mai sus mentionate ale radioterapiei externe* pot aparea si in cazul brahiterapiei* intravaginale, dar mai putin frecvent, deoarece acest tip de radioterapie* este mai bine directionata. Uscaciunea vaginala este frecventa in timpul tratamentului si dupa. Pot aparea de asemenea ingustarea vaginala si uscaciunea, care pot duce la disfunctii sexuale pe termen lung. La femeile tinere, radiatiile opresc functionarea ovarelor, fapt care poate duce si mai mult la uscaciunea vaginala si disfunctii sexuale. Poate duce, de asemenea, la un risc mai mare de osteoporoza si/sau fracturi de insuficienta ale oaselor pelviene*. Femeile trebuie sa fie in permanenta grija a unui specialist pentru astfel de probleme.

Chimioterapia*

Efectele secundare ale chimioterapiei* sunt foarte frecvente. Ele depind de medicamentele administrate, de doze si de alti factori individuali. Daca ati suferit in trecut de alte probleme (cum ar fi cele cardiace), trebuie luate unele masuri de precautie si/sau de adaptare a tratamentului. De obicei, combinatiile de medicamente duc la mai multe efecte secundare decat folosirea unui singur medicament.

Cele mai intalnite efecte secundare ale medicamentelor folosite in chimioterapia* pentru cancerul endometrial sunt caderea parului si scaderea numarului de celule sanguine. Scaderea numarului de celule sanguine poate duce la anemie, sangerari si infectii. Odata ce chimioterapia* se incheie, parul creste la loc si numarul de celule sanguine revine la normal.

Alte efecte secundare frecvente includ:

- reactii alergice, cum ar fi inrosirea si eruptia cutanata.
- probleme neurologice care afecteaza mainile si/sau picioarele (neuropatie periferica*) si care pot provoca furnicaturi la nivelul pielii, amorteala si/sau durere.
- pierderea temporara a vederii sau modificarea acesteia.
- tuit in urechi sau modificari ale auzului.
- scaderea tensiunii arteriale.
- greata, varsaturi si diaree.
- inflamarea unor zone, cum ar fi mucoasa bucala.
- pierderea simtului gustului.
- pierderea apetitului.
- incetinirea batailor inimii.
- deshidratare.
- modificari usoare ale unghiilor si pielii, care dispar rapid.
- tumefierea dureroasa si inflamarea locului in care se administreaza injectia.
- dureri musculare sau articulare.
- convulsii.
- oboseala.

Pot aparea si alte efecte secundare, mai putin frecvente, dar mai grave. Acestea includ mai ales accidentul vascular cerebral, infarctul miocardic si deteriorarea functiilor rinichilor si ale ficatului. Oricare dintre aceste simptome trebuie raportate doctorului.

În afara de acestea, fiecare medicament poate provoca și alte efecte nedorite. Cele mai întâlnite sunt enumerate mai jos, deși nu toate pacientele le vor avea sau unele le vor avea doar într-o anumită măsură.

Cisplatinul* poate duce la pierderea auzului și la leziuni renale. Funcția renală este evaluată prin analize de sânge înainte de începerea tratamentului. Pentru prevenirea leziunilor, este foarte important să bei multă apă în timpul tratamentului.

Doxorubicina poate provoca deteriorarea mușchiului cardiac, de aceea evaluarea funcției cardiace este importantă înainte de începerea terapiei cu acest medicament. Poate face pielea mai sensibilă la lumina soarelui și poate provoca înrosirea zonelor în care pacientei i-a fost administrată radioterapia* în trecut. Urina se poate colora în roz sau roșu pentru câteva zile după tratament. Această culoare nu este provocată de sânge, ci de medicație.

Paclitaxelul* poate provoca neuropatie periferică* ce depinde de doza administrată, de durata perfuziei și de programul de administrare. Simptomele includ amorteala, parestezii* și dureri de tip arsură în mâini și picioare, ca și cum pacienta ar avea manșuri și ciorapi de foc. Simptomele sunt adesea simetrice și, în general, își au originea distală în extremitățile inferioare. Pacientele raportează de obicei debutul simultan al simptomelor la degetele de la picioare și de la mâini, dar au existat și cazuri de prezentări asimetrice ale simptomelor. Incluziunea feței este mai puțin obișnuită. Deși s-a raportat că simptomele ușoare se ameliorează sau dispar complet în câteva luni de la întreruperea tratamentului, simptomele și deficiențele par să persiste mai mult la pacientele care prezintă neuropatie severă*.

Docetaxelul* provoacă uneori retenția de lichide, colorarea temporară a unghiilor și o erupție cu mâncărime a pielii. Unele persoane pot dezvolta, de asemenea, sindromul mână-picioare* sau simple amorteală și furnicături în mâini și picioare. Aproximativ una din patru paciente suferă o reacție alergică în timpul primei sau al celei de-a doua perfuzii cu docetaxel.

Reacțiile adverse frecvente ale topotecanului* sunt constipatia, diareea, oboseala, pierderea părului, pierderea poftei de mâncare, greață, durerile de stomac, oboseala, varsăturile și starea de slăbiciune. Efectele secundare severe care pot apărea odată cu folosirea topotecanului sunt reacțiile alergice grave, pielea sau unghiile albastre sau neobișnuit de palide, febră, frisoanele sau durerile persistente de gât, urinarea dureroasă sau cu senzație de arsură, tusea persistentă sau gravă, durerea persistentă sau gravă, roseata sau umflarea locului perfuziei, durerile de stomac persistente sau grave, crampele, oboseala persistentă sau gravă, starea de slăbiciune, dificultățile de respirație, sângerările sau vânătăile neobișnuite sau inexplicabile, îngălbenirea ochilor sau a pielii.

Terapia hormonală:

Terapia hormonală este asociată cu unele efecte secundare care pot fi minore, cum ar fi durerile de cap, greață și/sau durerile în piept sau mai grave, cum ar fi formarea cheagurilor de sânge într-o venă de la picioare (tromboza venoasă profundă*), cheagurile de sânge în plămâni (embolie pulmonară), problemele cardiace, accidentul vascular cerebral și/sau sângerările vaginale anormale.

CE SE INTAMPLA DUPA TRATAMENT?

Controlul* la doctor

Dupa finalizarea tratamentului, medicii vor propune un program de control* care consta in consultatii la un interval regulat pentru:

- a identifica posibilele recidive* intr-un stadiu incipient
- a evalua si a gestiona complicatiile legate de tratament
- a asigura sprijin psihologic si informatii pentru revenirea la o viata normala
- a pune in aplicare un program de supraveghere, deoarece exista un risc marit de cancer mamar, ovarian si de colon. Acest risc marit de a dezvolta alte cancere nu este valabil pentru toate femeile, dar unele pot fi expuse unui risc marit, mai ales din cauza unor factori genetici si, uneori, a tratamentelor primite.



Pacientele ar trebui sa urmeze aceste vizite de control* care implica examinarea fizica si ginecologica la fiecare 3-4 luni in primii 2 ani, iar apoi la fiecare 6 luni pana cand se implinesc 5 ani. Pot fi realizate investigatii suplimentare daca exista indicatii clinice.

Reintoarcerea la o viata normala

Poate fi greu de trait cu ideea ca oricand cancerul se poate intoarce. Din cate se stie in prezent, nu exista recomandari specifice pentru scaderea riscului de recidiva* dupa terminarea tratamentului adjuvant*. Drept consecinta a cancerului in sine si a tratamentului, reintoarcerea la o viata normala poate fi dificila pentru unele persoane. Puteti avea intrebari referitoare la imaginea proprie, sexualitate, oboseala, munca, emotii sau stilul de viata. Discutarea acestora cu rudele, prietenii sau doctorii poate fi de mare ajutor. In multe tari, puteti beneficia de sprijin din partea grupurilor de fosti pacienti sau a serviciilor de informatii telefonice si a liniilor de asistenta.

Ce se intampla daca boala revine?

Cazul in care cancerul revine se numeste recidiva* si tratamentul depinde de gradul acesteia. In cazul in care cancerul revine, acest lucru se intampla de obicei in primii trei ani de la tratamentul initial.

Gradul de extindere al recidivei* trebuie evaluat pe deplin prin examinare fizica* si radiologica si prin analize de sange. Majoritatea recidivelor* pentru pacientele ale caror tumori initiale au fost limitate la uter apar in pelvis.

Optiunile de tratament depind de gradul de extindere al recidivei*. Discutarea optiunilor de tratament trebuie facuta intr-o comisie multidisciplinara*.

In cazul in care cancerul revine ca recidiva* pelvina*, optiunile sunt interventia chirurgicala, radioterapia* si chimioterapia*.

Daca tumoarea recurenta se afla in apropierea organelor solide din pelvis (recidiva centrala), aceasta ar trebui eliminata prin interventie chirurgicala ori de cate ori este posibil sau tratata prin radioterapie.

Daca recidiva are loc in apropierea ganglionilor limfatici* din pelvis (recidiva regionala), este preferata radioterapia, impreuna cu chimioterapia, daca este posibil.

Radioterapia* poate fi luata in considerare ca tratament al recidivei* daca nu a mai fost utilizata anterior. De fapt, exista o doza maxima de radioterapie care poate fi administrata si orice radioterapie anterioara a atins, de regula, aceasta doza maxima. Cu toate acestea, radioterapia* externa poate fi administrata daca anterior s-a utilizat doar radioterapia interna (brahiterapia*) si viceversa.

O schema bazata pe o combinatie cu paclitaxel* este preferata pentru prima linie de chimioterapie a bolii recurente. Cancerul endometrial care recidiveaza dupa prima linie de chimioterapie este rezistent la chimioterapie intr-o mare masura. Medicamentele pentru chimioterapie care demonstreaza un avantaj clinic si o buna toleranta in astfel de situatii sunt paclitaxelul si combinatia saptamanala de topotecan* si docetaxel*.

In cazul in care cancerul revine ca recidiva* cu metastaze*, optiunile sunt chimioterapia* si terapia hormonală.

Chimioterapia* poate fi propusa si luata in considerare dupa discutarea ei intr-o intalnire multidisciplinara* si cu pacienta. Decizia trebuie luata dupa ce se iau in considerare avantajele si efectele adverse preconizate ale chimioterapiei*.

O schema bazata pe o combinatie cu paclitaxel* este preferata ca schema de chimioterapie de prima linie. Cancerul endometrial care recidiveaza dupa prima linie de chimioterapie este rezistent la chimioterapie intr-o mare masura. Medicamentele pentru chimioterapie care au demonstrat un avantaj clinic si o buna toleranta in astfel de situatii sunt paclitaxelul si combinatia saptamanala de topotecan* si docetaxel*. Efectele adverse ale chimioterapiei* sunt foarte frecvente. Aceste efecte secundare au fost descrise anterior, in capitolul intitulat „Care sunt optiunile pentru tratament”.

Principalii predictorii ai unui raspuns bun la tratamentul bolii metastatice* sunt o tumoare bine diferentiata*, un interval lung in care boala nu a fost detectata, amplasarea si gradul metastazelor extrapelviene (mai ales pulmonare).

Terapia hormonală poate fi propusa pacientelor cu tumori de gradul 1, pozitive pentru receptori de progesteron*. Se poate folosi fie un progestin (medroxiprogesteron acetat sau megestrol), un tip de medicament care are acelasi efect ca progesteronul, fie tamoxifen*, care neutralizeaza actiunea estrogenilor*. Efectele secundare ale terapiei hormonale sunt mai putin frecvente decat cele ale radioterapiei* si chimioterapiei*. Acumularea de lichid care provoaca umflarea gleznelor, cresterea poftei de mancare si cresterea in greutate sunt cele mai intalnite efecte secundare ale progestinelor. Exista si alte efecte adverse mai putin intalnite, dar mai grave. Riscurile de cheaguri de sange (inclusiv in plamani), accident vascular cerebral si atac de cord cresc in mod semnificativ. Orice simptome trebuie raportate medicului dumneavoastra.

DEFINIȚIILE CUVINTELOR DIFICILE

Adenocarcinom

Cancer care incepe in celulele care captusec anumite organe interne si au proprietati glandulare (secretorii).

Adjuvant

Adjuvantul in cazul cancerului este un tratament care ajuta o alta terapie sa isi atinga scopul final si care consolideaza efectul acesteia. De exemplu, radio sau/si *chimioterapia* ajuta o interventie chirurgicala sa isi indeplineasca scopul de a elimina o tumoare canceroasa. Intr-un context diferit de cel oncologic, acest termen se poate referi la un agent adaugat in vaccinuri pentru a stimula raspunsul *sistemului imunitar* la antigen.

Anestezie

Stare reversibila de pierdere a constientei in care pacientul nu simte durerea, nu are reflexe normale si raspunde mai putin la stres. Anestezia este indusa artificial prin administrarea anumitor substante numite *anestezice*. Aceasta poate fi completa sau partiala si permite pacientilor sa fie supusi unei interventii chirurgicale.

Antraciclina

Medicament antibiotic folosit in chimioterapie* pentru a trata o gama variata de tipuri de cancer.

Aorta

Cea mai mare artera din organism. Transporta sangele bogat in oxigen de la inima la vasele care ajung in restul corpului.

Biopsie

Eliminarea de celule sau tesuturi* pentru examinare de catre un patolog. Patologul poate studia tesutul* la microscop sau poate efectua alte teste asupra celulelor sau a tesutului*. Exista mai multe tipuri de proceduri pentru biopsie. Cele mai intalnite sunt: (1) biopsia incizionala, pentru care este eliminata doar o mostra de tesut*; (2) biopsia prin excizie, in care este eliminata o intreaga bucata sau zona cu suspiciuni si (3) biopsia cu ac, in care o mostra de tesut sau fluid este eliminata cu ajutorul unui ac. Atunci cand se foloseste un ac gros, procedura se numeste *punctie tisulara*. Atunci cand se foloseste un ac subtire, procedura poarta numele de biopsie aspirativa cu ac fin.

Brahiterapie

Tip de terapie cu radiatii in care materialul radioactiv sigilat in ace, pelete, fire sau catetere este plasat direct intr-o tumoare sau in apropierea ei. Este denumita si terapie cu implant care emite radiatii, terapie cu radiatii interne si brahiterapie cu radiatii.

Carboplatinul

Medicament folosit pentru tratarea cancerului ovarian avansat care nu a mai fost tratat sau a simptomelor cancerului ovarian care a revenit dupa tratamentul cu alte medicamente impotriva cancerului. Este folosit si impreuna cu alte medicamente pentru a trata cancerul pulmonar avansat, metastatic* sau recurent diferit de cel cu celule mici si este studiat in tratamentul altor tipuri de cancer. Carboplatinul este o forma a cisplatinului*, un medicament impotriva cancerului, si provoaca pacientilor mai putine efecte adverse. Se ataseaza de ADN-ul din celule si poate distruge celulele canceroase. Este un tip de compus al platinei.

Carcinom cu celule clare

Tip rar de tumoare, de obicei a tractului genital feminin, in care partea interioara a celulelor pare transparenta atunci cand este observata la microscop. Se mai numeste adenocarcinom* cu celule clare si mezonefom.

Carcinom papilar seros

Cancer agresiv care afecteaza de obicei uterul/endometrul, peritoneul* sau ovarele.

Carcinosarcom

Tumoare maligna care consta intr-o combinatie intre carcinom (cancer al tesutului epitelial, care reprezinta pielea si tesutul* care captureaza sau acopera organele interne) si sarcom* (cancer al tesutului* conjunctiv, cum ar fi oasele, cartilajele si grasimea).

Chimioterapie

Tip de tratament al cancerului care foloseste medicamente ce distrug celulele canceroase si/sau le limiteaza cresterea. Aceste medicamente sunt administrate de obicei pacientilor printr-o perfuzie lenta intr-o *vena*, dar pot fi administrate si pe cale orala, prin perfuzie directa in membre sau prin perfuzie la nivelul ficatului, in functie de localizarea cancerului.

Cisplatinul

Medicament folosit pentru tratarea mai multor tipuri de cancer. Cisplatinul contine metalul numit platina. Distruge celulele canceroase prin deteriorarea ADN-ului lor si oprirea inmultirii acestora. Cisplatinul este un tip de agent alchilant.

Consult multidisciplinar

Abordare pentru planificarea tratamentului in care mai multi medici experti in diferite specialitati reexamineaza si discuta situatia medicala si optiunile de tratament ale unui pacient. In cazul tratamentului pentru cancer, o abordare multidisciplinara poate include un oncolog medical (care asigura tratamentul cancerului cu medicamente), un chirurg oncolog (care asigura tratamentul cancerului prin operatie) si un oncolog radioterapeut (care asigura tratamentul cancerului cu *radiatii*). Se mai numeste si consiliu tumoral (board tumoral).

Control

Monitorizarea starii de sanatate a unei persoane pentru o perioada de timp, dupa terminarea tratamentului. Aceasta include urmarirea starii de sanatate a persoanelor care participa la un studiu clinic pentru o perioada de timp, atat in timpul studiului, cat si dupa ce el s-a incheiat.

Docetaxel

Docetaxelul apartine grupului de medicamente impotriva cancerului numite taxani*. El blocheaza capacitatea celulelor de a distruge „scheletul” intern care le permite sa se divida si sa se inmulteasca. Cu scheletul inca functional, celulele nu se pot divide si, intr-un final, mor. Docetaxelul afecteaza si celulele necanceroase, cum ar fi celulele sanguine, ceea ce poate duce la efecte adverse.

Estrogen

Tip de hormon fabricat de catre organism, care ajuta la dezvoltarea si mentinerea caracteristicilor sexuale feminine si la cresterea oaselor lungi. Estrogenii pot fi sintetizati si in laborator. Ei pot fi folositi drept anticonceptional si pentru a trata simptomele menopauzei, tulburarile menstruale, osteoporoza si alte afectiuni.

Examinare clinica (sau examinare fizica)

Examinare a corpului pentru a cauta semne generale ale bolii.

Ganglion limfatic

Masa rotunjita de tesut* limfatic inconjurata de o capsula de tesut conjunctiv. Ganglionii limfatici filtreaza limfa (lichidul limfatic) si depoziteaza limfocitele (celulele albe ale sangelui). Ei sunt situati de-a lungul vaselor limfatice si mai poarta numele de glande limfatice.

Ganglioni limfatici paraaortici*

Grup de ganglioni limfatici localizat chiar in fata vertebrelor lombare, in apropierea aortei*.

Hipertensiune

Tensiune arteriala de 140/90 sau mai mare. Hipertensiunea nu are de obicei niciun simptom. Poate afecta arterele si poate creste riscul de accident vascular cerebral, *infarct miocardic*, insuficienta renala si orbire. Se mai numeste si tensiune arteriala mare.

Histerectomie

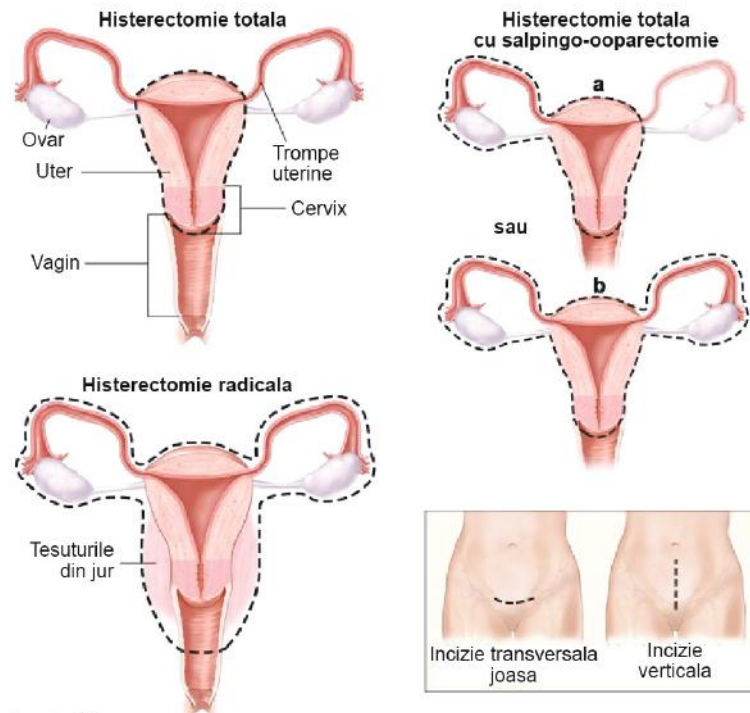
Procedura chirurgicala pentru eliminarea uterului si, uneori, a colului uterin. Daca sunt eliminate atat uterul, cat si colul uterin, poarta numele de histerectomie totala sau simpla. Daca este eliminat doar uterul, se numeste histerectomie partiala sau supracervicala. Histerectomia radicala inseamna eliminarea uterului, a colului uterin si a unei parti din vagin. Se pot elimina, de asemenea, ovarele, trompele uterine si ganglionii limfatici* din apropiere.

Histerectomie radicala

Interventie chirurgicala pentru eliminarea uterului, a colului uterin si a unei parti din vagin. Se pot elimina, de asemenea, ovarele, trompele uterine si ganglionii limfatici* din apropiere (a se vedea imaginea de mai jos).

Histerectomie totala

Interventie chirurgicala pentru eliminarea intregului uter, inclusiv a colului uterin. Se mai numeste si histerectomie completa.



Histerectomie*.

Uterul este inlaturat chirurgical cu sau fara alte organe si tesuturi. In cazul histerectomiei totale, uterul si cervixul sunt inlaturate. Intr-o histerectomie totala cu salpingo-oooparectomie (a), uterul plus un ovar si o trompa uterina sunt inlaturate; sau (b) uterul plus ambele ovare bilaterale si trompele uterine sunt inlaturate. Intr-o histerectomie radicala*, uterul, cervixul, ambele ovare, ambele trompe uterine si tesuturile din jur sunt inlaturate. Aceste proceduri sunt facute folosind o incizie transversala sau o incizie verticala.

Histopatologie

Studiul celulelor si tesuturilor* bolnave cu ajutorul microscopului.

Imagistica prin rezonanta magnetica (IRM)

Tehnica de imagistica folosita in medicina. Foloseste rezonanta magnetica. In unele cazuri, se injecteaza o substanta care imbunatateste contrastul dintre diferite tesuturi* pentru a face structurile mai vizibile.

Inhibitor de aromataza

Medicament care previne formarea de estradiol, un hormon feminin, prin interferarea cu o enzima de aromataza. Inhibitorii de aromataza sunt folositi ca terapie hormonala pentru femeile trecute de menopauza care au cancer de san hormono-dependent.

Laparotomie

Incizie chirurgicala facuta in peretele abdominal.

Metastaza

Raspandirea cancerului dintr-o zona a corpului in alta. O tumoare formata din celule care s-au raspandit se numeste tumoare metastatica sau *metastaza*. Tumoarea metastatica contine celule cu aceleasi caracteristici ca ale celor din tumoarea originala.

Neuropatie periferica

Problema neurologica ce provoaca durere, amorteala, furnicaturi, tumefiere sau slabiciune musculara in diferite parti ale corpului. Incepe, de obicei, la nivelul mainilor sau al picioarelor si se agraveaza in timp. Neuropatia periferica poate aparea din cauza leziunilor fizice, a infectiilor, a substantelor toxice, a bolilor (cum sunt cancerul, diabetul, insuficienta renala sau malnutritia) sau a medicamentelor, inclusiv cele impotriva cancerului. Se mai numeste si neuropatie.

Observatie

In medicina, supravegherea starii unui pacient fara a administra tratament, cu exceptia cazului in care apar simptome sau schimbari.

Oment

Pliu al peritoneului* (tesutul* subtire care captureaza abdomenul) care inconjoara stomacul si alte organe din abdomen.

Paclitaxel

Medicament folosit pentru tratarea cancerului mamar, al celui ovarian si al sarcomului* Kaposi asociat cu SIDA. Se foloseste si impreuna cu un alt medicament pentru tratarea cancerului pulmonar diferit de cel cu celule mici. Paclitaxelul este studiat, de asemenea, in tratarea altor tipuri de cancer. El blocheaza cresterea celulelor prin oprirea diviziunii celulare si poate distruge celulele canceroase. Este un tip de agent antimetabolic.

Profil de expresie genica

Informatii despre toti acizii ARN mesageri produsii in diferite tipuri de celule. Un profil de expresie genica poate fi folosit pentru a gasi si a diagnostica o boala sau o afectiune si pentru a vedea cat de bine raspunde organismul la tratament. Profilurile de expresie genica pot fi folosite in medicina personalizata.

Parestezie

Senzatie tactila anormala, cum ar fi arsura sau intepaturile, care are loc fara un stimul exterior.

Pelvic

Care are legatura cu pelvisul (partea inferioara a abdomenului, localizata intre oasele soldului).

Peritoneal

Din sau referitor la peritoneu.

Peritoneu

Tesutul* care captureaza peretele abdominal si acopera majoritatea organelor din abdomen.

Progesteron

Progesteronul este un hormon sexual predominant feminin, secretat de ovare și placenta. El se ocupa de schimbarile din endometru din a doua jumătate a ciclului menstrual, pregătindu-l pentru implantarea unui ovul fecundat, dezvoltarea unei placentă și dezvoltarea glandelor mamare. Poate fi folosit ca mijloc anticoncepcional și pentru tratarea tulburărilor menstruale, a infertilității, a simptomelor menopauzei și a altor afecțiuni.

Prognostic

Rezultatul sau cursul probabil al unei boli; posibilitatea de recuperare sau de recidivă*.

Radiografie toracică

Radiografie a structurilor din interiorul pieptului. O radiografie este un tip de iradiere cu energie înaltă care poate să treacă prin corp și să ajungă pe un film, creând imagini ale zonelor din interiorul pieptului ce pot fi folosite pentru diagnosticarea unei boli.



Radioterapie

Tratament în care se utilizează radiații pentru tratarea cancerului, întotdeauna orientate către zona specifică a cancerului.

Recidivă

Cancer sau boala (de obicei autoimună) care a revenit, de obicei după o perioadă de timp în care nu a mai fost prezentă sau nu a putut fi detectată. Aceasta poate apărea în același loc cu tumoarea originală (primară) sau în alt loc din organism. Se mai numește și cancer recurent sau boala recurentă.

Salpingo-ooforectomie bilaterală

Intervenție chirurgicală pentru eliminarea ambelor ovare și trompe uterine (a se vedea imaginea de mai sus).

Sarcom

Cancer al oaselor, cartilajelor, grăsimii, mușchilor, vaselor de sânge sau al altor țesuturi* conjunctive sau de susținere.

Sindrom mână-picioare

Stare marcată de durere, tumefiere, amorțeală, furnicături sau înroșire la nivelul mâinilor sau al picioarelor. Uneori, apare ca efect secundar al anumitor medicamente împotriva cancerului. Se mai numește sindrom palmo-plantar sau eritrodisezie palmo-plantară.

Stadializare

Efectuarea de examinări și teste pentru a determina gradul de extindere a cancerului în organism, în special pentru a afla dacă boala s-a răspândit din locul inițial spre alte părți ale corpului. Este important de știut stadiul bolii pentru a putea stabili cel mai bun tratament.

Tamoxifen

Medicament folosit pentru tratarea anumitor tipuri de cancer de san la femei si barbati. Este folosit si pentru prevenirea cancerului de san la femeile care au avut carcinom ductal in situ (celule anormale in canalele sanului) si la femeile care prezinta un risc mare de a dezvolta cancer de san. Tamoxifenul este, de asemenea, studiat in tratamentul altor tipuri de cancer. El blocheaza efectele hormonului numit estrogen* asupra sanilor. Tamoxifenul este un tip de antiestrogen si se mai numeste citrat de tamoxifen.

Taxan

Tip de medicament care blocheaza cresterea celulelor prin oprirea mitozei (a diviziunii celulare). Taxanii interfereaza cu microtubulii (structuri celulare care ajuta la miscarea cromozomilor in timpul mitozei). Sunt folositi pentru tratarea cancerului. Un taxan este un tip de inhibitor mitotic si un tip de agent antimicrotubul.

Tesut

Grup sau strat de celule care lucreaza impreuna pentru a indeplini o anumita functie.

Tip histologic

Categoria de care apartine o tumoare, avand in vedere caracteristicile celulelor si ale structurilor sale la microscop.

Tomografie computerizata (scanare CT)

Forma de radiografie in care organele corpului sunt scanate cu *raze X* si rezultatele sunt sintetizate de un computer pentru a genera imagini ale partilor corpului. Se numeste si scanare CT.

Topotecan

Topotecanul este un medicament anticancer care apartine grupului inhibitorilor de topoizomeraza. El blocheaza o enzima numita topoizomeraza I, care este implicata in diviziunea ADN-ului. Atunci cand enzima este blocata, lanturile de ADN se rup. Acest lucru impiedica diviziunea celulelor canceroase si, in cele din urma, ele mor.

Tratament/terapie sistemic(a)

Tratament cu substante care circula prin vasele sanguine, accesand si afectand celulele din intregul organism. Chimioterapia si imunoterapia sunt exemple de terapii sistemice.

Tromboza venoasa profunda

Formarea unui cheag de sange intr-o vena profunda de la nivelul piciorului sau al pelvisului inferior. Simptomele pot include dureri, umflare, caldura si inrosirea zonei afectate. Se mai numeste si TVP.

Ghidurile ESMO și ale Anticancer Fund (Fondului Anticancer) sunt destinate să ajute pacienții, rudele și apropiații lor să înțeleagă natura diferitelor tipuri de cancer și să evalueze cele mai bune variante de tratament. Informația medicală din aceste ghiduri pentru pacienți se bazează pe Ghidurile de Practică Clinică ale ESMO, care sunt menite să ghideze medicii în diagnosticarea, urmărirea și tratamentul diferitelor tipuri de cancer. Aceste ghiduri sunt produse de Anticancer Fund (Fondul Anticancer) în colaborare cu Grupul de Lucru pentru Ghiduri al ESMO și Grupul de Lucru pentru Pacienți al ESMO.

Pentru mai multe informații, accesați www.esmo.org,
www.anticancerfund.org

