

Cancerul ovarian

Ce este cancerul
ovarian?

Lasa-ne sa
iti explicam.

www.anticancerfund.org | www.esmo.org

CANCERUL OVARIAN: GHID PENTRU PACIENTE

INFORMATII PENTRU PACIENTE BAZATE PE GHIDURILE DE PRACTICA CLINICA ESMO

Acest ghid a fost pregătit de către Anticancer Fund (Fondul Anticancer) ca un serviciu pentru pacienți, pentru a le ajuta pe ele și pe rudele lor să înțeleagă mai bine natura cancerului ovarian și să evalueze cele mai bune scheme de tratament disponibile în funcție de subtipul de cancer ovarian. Le recomandăm pacienților să-și întrebe medicii despre testele sau tipurile de tratamente care sunt necesare în tipul și stadiul lor de boală. Informațiile medicale care apar în acest document sunt bazate pe ghidurile de practică clinică ale Societății Europene pentru Oncologie Medicală (ESMO – European Society for Medical Oncology) pentru tratarea cancerului ovarian. Acest ghid pentru pacienți a fost produs în colaborare cu ESMO și este difuzat cu acordul acestei societăți. El a fost scris de către un medic și revizuit de către doi oncologi din cadrul ESMO, inclusiv autorul principal al recomandărilor clinice pentru specialiști. În plus, documentul a fost revizuit și de reprezentanți ai 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 ovarian	3
Este frecvent cancerul ovarian?.....	4
Ce cauzeaza acest tip de cancer?.....	5
Cum este diagnosticat cancerul ovarian?	8
Ce este important de stiut pentru a primi tratamentul optim?.....	12
Care sunt variantele de tratament?.....	20
Care sunt efecte adverse posibile ale tratamentelor?.....	26
Ce se intampla dupa tratament?	30
Definitiiile termenilor medicali	35

Acest text a fost scris de catre dr. An Billiau, Celsus Medical Writing LLC (pentru Anticancer Fund- Fondul Anticancer) si revizuit de catre dr. Svetlana Jezdic (ESMO), dr. Nicoletta Colombo (ESMO), pr. Cristiana Sessa (ESMO) si Ruth Payne (Ovacome UK).

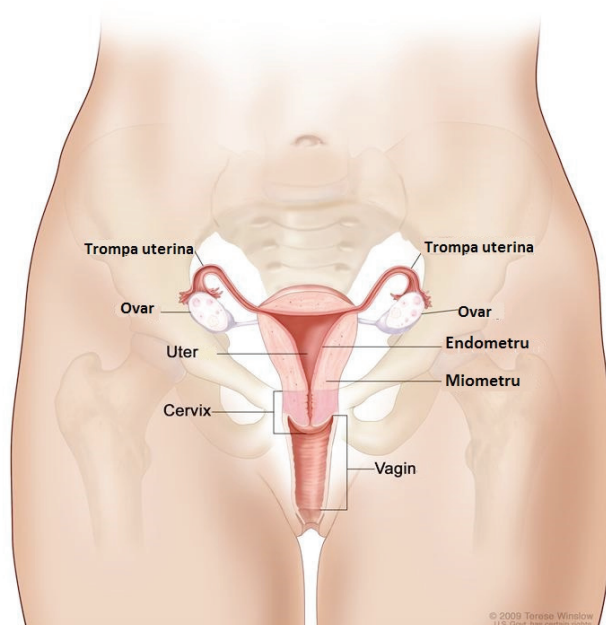
Aceasta este a treia actualizare a ghidului. Modificarile reflecta schimbarile versiunilor successive ale recomandarilor clinice ESMO. Actualizarea a fost facuta de catre dr. Gauthier Bouche (Anticancer Fund-Fondul Anticancer) si a fost revizuita de catre dr. Svetlana Jezdic (ESMO), pr. Cristiana Sessa (ESMO) si Ruth Payne (Ovacome UK).

Ghidul a fost tradus in limba romana in cadrul unui proiect al Asociatiei Daruieste Viata (www.daruiesteviata.ro) 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 OVARIAN

Cancerul ovarian este un cancer care se formeaza in tesuturile ovarului. Ovarile sunt organele de reproducere feminine unde iau nastere celulele sexuale (ovulele) si sunt produci hormonii sexuali feminini. Cancerurile ovariene apar fie la nivelul celulelor de suprafata ale ovarului (epiteliul ovarian*), forma numita **cancer ovarian epitelial** (numita si **carcinom ovarian**) sau la nivelul altor tesuturi din cadrul ovarului (**cancer ovarian non-epitelial**). Ambii termeni se refera la un grup foarte divers ce cuprinde diferite subtipuri de cancer ovarian.

Cel mai frecvent tip de cancer ovarian este cel epitelial, care este responsabil pentru aproximativ 90% din tumorile ovariene primare. In grupul mai putin intalnit al cancerului non-epitelial, cele mai frecvente doua subtipuri sunt *tumorile cu celule germinale maligne** si *tumorile stromale de cordoane sexuale*.



Anatomia sistemului reproducator feminin, aratand ovarele, trompele uterine, uterul si vaginul. Ovarile sunt organele in care se formeaza ovulele si se produc hormonii feminini. Ovulele migreaza prin trompele uterine catre uter, unde se dezvolta fetusul in timpul sarcinii.

ESTE FRECVENT CANCERUL OVARIAN?

Cancerul ovarian este al șaptelea cel mai frecvent tip de cancer din lume și a șaptea cea mai frecventă cauză de mortalitate pentru femei.

Incidența* mondială a cancerului ovarian arată o puternică variație geografică. Țările în curs de dezvoltare au cea mai mică incidență. În Uniunea Europeană s-a estimat că un total de 45.300 de femei au fost diagnosticate cu cancer ovarian în anul 2008. Probabilitatea generală ca o femeie din Uniunea Europeană să dezvolte cancer ovarian în cursul vieții este între 0,64 și 1,6%. Aproximativ jumătate din femeile diagnosticate cu cancer ovarian au vârste de minimum 60 de ani. Totuși, femeile tinere pot fi și ele afectate, în principal de către două tipuri rare de cancer ovarian non-epitelial: tumorile cu celule germinale și tumorile stromale de cordoane sexuale. Tumorile cu celule germinale sunt diagnosticate în principal în primele două decenii de viață, în timp ce tumorile stromale de cordoane sexuale sunt mai frecvente la femeile adulte (cancerul de granuloasă de tip adult este diagnosticat în general la pacienți în jur de 50 de ani, 90% din tipurile juvenile apar la prepubere, iar tumorile Sertoli*-Leydig* apar de obicei la femei sub 40 de ani).

CE CAUZEAZA ACEST TIP DE CANCER?

În prezent, cauzele cancerului ovarian nu sunt bine înțelese. Foarte important de menționat este faptul că termenul de cancer ovarian se referă la un grup foarte divers de tumori ovariene maligne*, iar cauza diferitelor tipuri de tumori poate să nu fie aceeași. Un număr de factori de risc ai cancerului ovarian au fost identificați. O parte din acești factori de risc sunt specifici pentru anumite subtipuri de cancer ovarian.

Totuși, în multe cazuri, niciunul dintre factorii de risc nu pare să fie prezent. Un factor de risc crește posibilitatea apariției cancerului ovarian, dar nu este nici necesar și nici suficient pentru a cauza cancerul. Un factor de risc nu reprezintă o cauză în sine.

Anumite persoane care au unul sau mai mulți factori de risc nu vor dezvolta niciodată cancer ovarian, iar anumite persoane care nu au niciun factor de risc pot totuși să dezvolte cancer ovarian.

Până la 90 % din toate cazurile de cancer ovarian sunt **cancere ovariene sporadice**, adică nu sunt asociate cu mutații* genetice moștenite. Riscul de a dezvolta o formă sporadică de cancer ovarian are legătură în principal cu numărul total de cicluri ovulatorii care au loc în ovare în timpul anilor cu potențial reproductiv al femeilor. Un ciclu ovulator reprezintă stimularea lunară a ovarului, care duce la eliberarea unui ovul (ovulația). Numărul total de cicluri ovulatorii care au loc în ovarele unei femei în perioada dintre prima menstruație* și menopauză* (asa-numiții ani cu potențial reproductiv) constituie “numărul de cicluri ovulatorii din timpul vieții”. Se crede că stimularea repetitivă a tesuturilor ovarelor din timpul ciclurilor ovulatorii crește riscul de deteriorare a ADN-ului* celulelor, care ar putea duce la cancer.

Potrivit acestei teorii, factorii de risc pentru acest tip de cancer ovarian sunt:

- **Îmbătrânirea.** Se crede că, pe măsura ce o femeie îmbătrânește, modificările ADN-ului* din tesuturile ovariene se pot acumula, crescând riscul de apariție a cancerului ovarian. Per total, incidența* apariției cancerului ovarian crește cu fiecare decadă. Vârsta medie a femeilor diagnosticate cu cancer ovarian este de aproximativ 60 de ani. Incidența scade ușor după vârsta de 80 de ani.



- **Istoricul familial de cancer ovarian sau de cancer de sân** este un alt factor de risc important pentru dezvoltarea unui cancer al ovarelor. Acest lucru se explică prin faptul că până la 10% din pacientele care au cancer ovarian au moștenit o mutație genetică* ce ar putea cauza această boală.

O mutație genetică este o variație a structurii ADN* normale a unei gene. Anumite mutații produc o genă defectuoasă, care poate cauza cancer. Mutațiile din celulele destinate să devină ovule sau spermatozoizi (numite celule germinale) sunt transmise de către mama sau tata copilului. În cazul cancerului ovarian epitelial*, anumite subtipuri sunt asociate cu mutații bine cunoscute, precum mutațiile BRCA1 și BRCA2. Acestea sunt, de asemenea, asociate cu un risc crescut de cancer de sân.

În general, se presupune ca o femeie care are o rudă de gradul I (mama, fiica sau sora) bolnavă de cancer ovarian are un risc de trei ori mai mare de a face cancer ovarian. Riscul crește și mai mult dacă există mai multe rude de gradul I cu antecedente de cancer ovarian.

Femeile evreice de origine Ashkenazi prezintă un risc deosebit de mare de a purta o mutație moștenită care predispune la cancer ovarian: dintre toate pacientele cu cancer ovarian, până la 40% din femeile evreice Ashkenazi au mutația BRCA1 sau BRCA2, în timp ce în cadrul populației generale de femei care suferă de cancer ovarian, aceste mutații apar la un procent de doar 10%.

În general, în cazul femeilor care au mutația BRCA1, riscul de a dezvolta cancer ovarian în timpul vieții este între 26 și 54%, iar în cazul celor care au mutația BRCA2, riscul este între 10 și 23%.

- **Antecedentele personale cu privire la cancerul de sân** înainte de vârsta de 50 de ani sau **istoricul familial** (care nu se restrânge doar la rude la gradul I) cu privire la **cancer ovarian, cancer de sân, cancer endometrial sau de colon** sunt, de asemenea, asociate cu un risc mai mare de cancer ovarian.
- **Numarul de copii pe care o femeie îi naste.** Femeile care nu au născut niciodată au un risc de două ori mai mare de a face cancer ovarian față de cele care au născut. Riscul de a dezvolta cancer ovarian scade cu fiecare sarcină; totuși, după cinci nasteri, acesta nu mai scade. În timpul sarcinii, ovulația este stopată temporar și se crede că reducerea numărului de cicluri ovulatorii de pe parcursul vieții ar reduce riscul de cancer ovarian. În plus, se crede că sarcina ar ajuta ovarele să îndeparteze celulele premaligne.*
- **Rasa.** Femeile din rasa caucaziană au un risc cu 30-40% mai mare de a dezvolta cancer ovarian decât cele hispanice sau de rasa neagră. Această diferență rasială nu este explicată. Se crede că diferențele de paritate (a se vedea mai jos) și diferențele de frecvență a intervențiilor chirurgicale ginecologice (a se vedea mai jos) dintre rase ar putea avea un rol.

Există factori asociați cu un risc redus de a dezvolta cancer ovarian și aceștia sunt:

- **Istoricul reproducător puternic.** Așa cum este menționat mai sus, riscul de a dezvolta cancer ovarian scade cu cât numărul nasterilor este mai mare, efectul maxim fiind pentru cinci nasteri. Se crede că reducerea numărului total de cicluri ovulatorii și eliminarea celulelor premaligne* ar putea explica reducerea riscului.
- **Alăptatul** are un efect protector asupra dezvoltării cancerului ovarian. Se presupune că acest lucru are legătură cu faptul că alăptatul suprime ovulația, reducând astfel numărul de cicluri ovulatorii din timpul vieții unei femei.
- **Contraceptivele orale combinate** suprime ovulația și au astfel un efect protector. Utilizarea pe termen lung a contraceptivelor orale reduce riscul dezvoltării cancerului ovarian cu până la 50%. În plus, protecția se întinde pe o durată de mai mult de treizeci de ani de la ultima folosire a contraceptivelor.



- **Interveniile chirurgicale ginecologice.** Atat legarea trompelor uterine*, cat si hysterectomia* sunt asociate cu o reducere a riscului de cancer ovarian. Motivul pentru care se intampla acest lucru nu este bine inteles, insa se crede ca aceste proceduri chirurgicale intrerup alimentarea cu sange a ovarelor, intrerupandu-le functia de ovulatie si reducand numarul de cicluri ovulatorii din viata unei femei, impreuna cu riscul de a face cancer ovarian.
- **Ooforectomia.** Indepartarea pe cale chirurgicala a ovarelor reduce semnificativ riscul de a face cancer ovarian.

Anumiti factori sunt suspectati de asociere cu un risc crescut de cancer ovarian, insa nu exista dovezi suficiente in acest sens:

- S-a sugerat ca **anumite medicamente pentru fertilitate*** ar juca un rol in aparitia cancerului ovarian, dar dovezile existente sunt conflictuale.
- Studiile au sugerat ca **terapia de substitutie hormonală* cu estrogeni*** la femeile aflate in perioada de postmenopauza care dureaza mai mult de zece ani poate fi asociata cu un risc mai mare de cancer ovarian. Aceste dovezi au nevoie, insa, de confirmare. Se crede ca riscul crescut scade atunci cand terapia de substitutie este intrerupta.
- Folosirea **pudrei de talc** in zona genituala ar putea avea legatura cu dezvoltarea cancerului ovarian. Talcul poate ajunge la ovare prin tractul reproducator si poate irita epiteliul* ovarelor. Totusi, dovezile care fac legatura intre folosirea pudrei de talc si cancerul ovarian nu sunt concludente.

CUM ESTE DIAGNOSTICAT CANCERUL OVARIAN?

Suspiciuni de cancer ovarian pot aparea in timpul unui control de rutina, cand o examinare clinica arata o masa in zona pelvisului* sau pe baza anumitor simptome.

Principalele simptome ale cancerului ovarian au legatura cu prezenta unei mase tumorale in zona abdominala si pot cuprinde:

- Discomfort, presiune sau durere in zona abdominala sau pelviana
- Senzația de abdomen plin sau de umflare a abdomenului
- Dificultati de alimentatie: senzație rapidă de sațietate, dispepsie* (stomac deranjat)
- Schimbări de tranzit intestinal, cum ar fi constipatia
- Schimbări in obiceiurile de defecare, cum ar fi defecări mai dese
- Durere in timpul actului sexual



Cand boala este avansata, simptomele mentionate mai sus pot fi mai pronuntate si pot cuprinde de asemenea:

- Greata (senzația de rau) si anorexia (pierderea apetitului)
- Distensia abdominala, cauzata de acumularea de lichid in cavitatea abdominala (ascita*)
- Ocluzie intestinala, cauzata de o masa tumorala in abdomen
- Dificultati de respiratie din cauza fluidului acumulat in jurul plamanilor (revarsat pleural*).

Totusi, aceste simptome nu sunt specifice cancerului ovarian si pot aparea si in numeroase alte boli non-maligne*.

Tumorile ovariene maligne* pot produce substante hormonale care cauzeaza **simptome sau semne specifice**. Asemenea tumori se numesc tumori functionale. Acest lucru este foarte comun pentru tumorile stromale de cordoane sexuale. Producerea in exces de estradiol* si/sau androgeni* poate cauza precocitate sexuala (inceput prematur al pubertatii) la fetele prepubere. Excesul de estradiol poate cauza cicluri menstruale (menstre) neregulate la pacientele aflate in perioada de premenopauza sau sangerari uterine postmenopauza la femeile aflate dupa menopauza. Excesul de testosteron*, un hormon masculin, poate cauza virilizare*. Excesul de cortizol* poate produce sindromul Cushing*, o boala caracterizata de ingrasare, subtierea pielii si cresterea in exces a parului.

In afara intrebarilor legate de simptomele mentionate mai devreme, medicul va face o **examinare fizica generala** si va lua **probe de sange** pentru a evalua atat numarul de celule din sange, cat si functiile ficatului si ale rinichilor.

Tinerele prepubere care dezvolta o tumoare ovariana pot avea gonade disgenetice*, ceea ce inseamna ca sufera de o tulburare genetica de crestere a ovarelor, din cauza unei variatii a cromozomilor*. In cazul acestor paciente, trebuie facuta o analiza a sangelui pentru a identifica numarul si marimea cromozomilor, cunoscuta sub numele de cariotip.*



Daca o pacienta trecuta de menopauza prezinta simptomele unei tumori ovariene si sangerari postmenopauza, o **histeroscopie*** (examinarea interiorului uterului folosind o camera mica) ar putea fi indicata pentru a documenta hiperplazia endometrială*. Hiperplazia endometrială se refera la o crestere excesiva a tesutului care captureaza uterul (endometrul), care ar putea da nastere unei sangerari uterine anormale.

Diagnosticarea cancerului ovarian se realizeaza pe baza urmatoarelor examinari:

- **Examinarea clinica**

- Examinarea clinica a zonei pelviene***

Ca parte a examinarii ginecologice generale, medicul va efectua o examinare pelviana* bimanuala, pentru a evalua atat prezenta unei mase suspecte, cat si marimea ei si posibila fixare de tesuturile inconjuratoare. In timpul acestei examinari, ginecologul va palpa ovarele simultan, prin abdomen si prin vagin.



- Examinarea fizica generala**

In cazurile avansate ale bolii, medicul va cauta semne ale prezentei ascitei*, obstructiei intestinale, revarsatului pleural* si nodulilor limfatici* mariti sau organelor importante marite (de exemplu, ficatul), din cauza metastazelor*.

- **Investigatia radiologica**

- **Ecografia transvaginala***

Medicul va realiza o ecografie a organelor din zona pelviana* folosind o sonda introdusa in vagin. Aceasta examinare este bine tolerata. Obiectivul ecografiei este de a detecta prezenta unei tumori la nivelul ovarelor si al trompelor uterine (numita si masa anexiala). Un alt obiectiv este de a face diferenta, pe baza aspectului masei, intre leziunile benigne* si cele care necesita o evaluare suplimentara (histopatologie) pentru a se determina daca sunt maligne*. Acest tip de ecografie transvaginala permite si o foarte buna vizualizare a structurilor anexe.



Pentru ca o masa pelviana sa fie suspecta de malignitate*, ea trebuie sa aiba o componenta solida (nu doar fluida), margini neregulate si trebuie sa prezinte mai multe vase de sange. In acest caz, pacienta trebuie sa se adreseze unui ecografist experimentat. Ecografia transvaginala poate sa indice si ascita* (acumularea de fluid in cavitatea abdominala) sau metastaze* peritoneale* (metastaze ale peritoneului*, tesutul care captureaza cavitatea abdominala), care sunt de asemenea un semn al malignitatii.

Alte tehnici de imagistica pot furniza informatii suplimentare, inasa nu sunt necesare de obicei in cadrul evaluarii preoperatorii. Scopul imagisticii in detectia cancerului ovarian este acela de a distinge masele anexiale benigne* de cele care necesita o evaluare histopatologica suplimentara in vederea stabilirii gradului de malignitate*.

- Imagistica prin rezonanta magnetica* (RMN)

Examinarea RMN a pelvisului* poate furniza informatii suplimentare despre natura unei mase ovariene, mai ales daca ecografia nu a putut evidentia aspectul benign* sau malign* al tumorii. Imagistica prin rezonanta magnetica este utila in stabilirea stadiului bolii si a planului terapeutic.

- Tomografia computerizata* (CT)

Caracteristicile tomografiei computerizate pot ridica semne de intrebare in legatura cu anumite tipuri de cancer ovarian. Aceasta investigatie este utila in stabilirea stadiului bolii si a planului terapeutic.

Tomografia computerizata* cu emisie de pozitroni* (PET-CT)

Tomografia computerizata cu emisie de pozitroni este o tehnica imagistica ce vizualizeaza atat anatomia unui tesut, cat si activitatea metabolica a celulelor din tesutul in cauza. Nu este recomandata in detectia cancerelor primare. Poate fi utila in determinarea stadiului tumorilor active metabolic, mai exact al celor care produc substante ce schimba compozitia chimica a fluidelor din corpul pacientelor. *Carcinomul ovarian cu celule mici* este un exemplu de tumoare care poate fi activa metabolic.

Markerii tumorali*

Anumite tipuri de cancer ovarian produc factori care pot fi masurati prin intermediul testelor de sange. Acesti asa-numiti markeri pot fi de ajutor in stabilirea diagnosticului de cancer ovarian. Este important de subliniat ca tumorile ovariene adesea nu sunt diagnosticate decat daca produc substante care cauzeaza semne sau simptome specifice de boala. Astfel, antigenul de cancer 125 (CA125) este un marker tumoral care se masoara, de obicei, in prima evaluare a unei mase anexiale suspecte, iar alti markeri tumorali sunt folositi daca exista suspiciunea unui anumit tip de cancer ovarian non-epitelial. Anumiti markeri tumorali pot fi folositi in timpul sau dupa tratament pentru a monitoriza raspunsul corpului la tratament si/sau pentru a monitoriza recidiva* tumorii (a se vedea capitolul "Ce se intampla dupa tratament"). Daca markerul tumoral este util sau nu depinde de multi factori care tin de tumoare si de pacienta, iar acest lucru trebuie stabilit pentru fiecare bolnava in parte.

Este important de retinut ca, desi markerii tumorali poti fi utili, diagnosticul cancerului ovarian se bazeaza in principal pe imagistica si histopatologie.

CA125 – Medicul cere de obicei determinarea nivelului din sange al proteinei* CA125. Majoritatea cancerelor ovariene produc proteina CA125 la nivele mult mai mari decat celulele non-maligne. Combinarea rezultatelor ecografiei* cu nivelul proteinei CA125 este mai precisa in diagnosticarea cancerului ovarian primar decat simpla ecografie transvaginala. Este important de stiut ca, desi un nivel ridicat al proteinei CA125 poate sustine diagnosticul, fara alte investigatii, el nu poate inlocui diagnosticul. Nivele ridicate ale proteinei CA125 pot fi intalnite si in diferite afectiuni benigne*, cum ar fi menstruatia, chisturile* benigne*, fibroamele uterine*, boala inflamatorie pelviana*, adenomioza*, endometrioză* si inflamatiile peritoneale*.

Cancerul ovarian non-epitelial este rar si poate crea dificultati in diagnosticare. Verificarea markerilor tumorali* si a manifestarilor clinice ar putea evidentia o parte din aceste tumori.

Daca femeile tinere prezinta simptome ale unei tumori in zona pelviana, varsta lor ar trebui sa ridice semne de intrebare privind tumorile cu celule germinale. Nivelurile ridicate ale proteinelor* numite **gonadotropina corionica umana* (hCG), alfa-fetoproteina* (AFP) si lactat dehidrogenaza* (LDH)** pot fi intalnite la pacientele care au astfel de tumori. In rest, acesti markeri* sunt masurati in sange atunci cand un asemenea diagnostic a fost deja stabilit.

La tumorile ovariene care secreta **androgeni* si cortizol*** si prezinta semne de virilizare* sau de sindrom Cushing*, aceste substante pot fi masurate si sunt utile mai ales in cadrul urmaririi bolii post-tratament.

Estradiolul* si **testosteronul*** sunt hormoni reproducatori care pot fi masurati si pot fi utili in urmarirea *tumorilor cu celule granuloase** (estradiol) si a *tumorilor cu celule Sertoli*-Leydig** (testosteron).

Inhibina* este un hormon secretat de *tumorile cu celule granuloase** si poate fi masurat ca marker* in cadrul bolii.

Enolaza neuron-specifica (abreviata **NSE**) este o proteina* care poate avea un nivel crescut in anumite *tumori neuroendocrine ovariene**.

• Examinarea histopatologica

Aceasta este investigarea in laborator a celulelor canceroase si se efectueaza folosind tesut prelevat din tumoarea ovariana. Informatiile histopatologice vor confirma diagnosticul de cancer ovarian si vor arata caracteristicile specifice ale tumorii, permitandu-i medicului sa determine tipul histologic* de cancer ovarian, conform criteriilor stabilite de Organizatia Mondiala a Sanatatii (OMS).



Examinarea histopatologica se efectueaza si asupra unor tesuturi prelevate din tesuturile altor organe din zona pelvisului* sau a abdomenului, la care s-a raspandit sau s-ar fi putut raspandi tumoarea ovariana. Aceasta examinare face parte dintr-un proces numit stadializare chirurgicala, care inseamna definirea gradului de extindere a tumorii ovariene la alte organe. In cazul cancerelor ovariene, stadializarea implica o laparotomie*. Aceasta este o procedura chirurgicala in cadrul careia medicul face o incizie in peretele abdominal pentru a vizualiza cavitatea abdominala si organele si pentru a face resectii sau a recolta biopsii* din organele (potential) afectate.

Tipul histologic* al tumorii si stadiul bolii ofera informatii foarte importante despre cancer. Tipurile histologice sunt explicate in sectiunea „Ce este important de stiut pentru a defini tratamentul optim?” a acestui document.

CE ESTE IMPORTANT DE STIUT PENTRU A PRIMI TRATAMENTUL OPTIM?

Medicii vor trebui sa ia in considerare multe aspecte privind atat pacienta, cat si cancerul pentru a alege cel mai bun tratament. La anumite paciente, aceste informatii pot fi folosite pentru a prevedea riscul unei reaparitii* a cancerului.



Informatii importante despre pacienta

- Varsta
- Istoricul reproductiv si stadiul menopauzal* la femeile adulte
- Stadiul pubescent la preadolescente
- Istoricul familial de cancer ovarian, cancer de san si alte tipuri de cancer
- Istoricul medical personal, bolile si tratamentele anterioare
- Starea generala de sanatate si neplacerile fizice specifice
- Rezultatele examinarii clinice
- Rezultatele testelor de laborator care evalueaza numarul de celule din sange, functiile rinichilor si ale ficatului
- Rezultatele altor teste specifice de laborator, cum ar fi valoarea initiala a markerilor tumorali*, care ar putea fi importante pentru monitorizarea raspunsului la tratament.

Informatii importate despre cancer

Informatiile despre cancer importante in stabilirea tratamentului includ stadiul bolii, tipul histologic* si gradul tumorii: in anumite tipuri de tumori, poate fi relevant si profilul genetic al celulelor tumorale.

STABILIREA STADIULUI BOLII

Stabilirea stadiului bolii inseamna ca medicii evalueaza gradul de extindere a cancerului si prognosticul* pacientei. Cu cat stadiul bolii este mai putin avansat, cu atat prognosticul este mai bun. Marimea tumorii si invazia* tesutului adiacent, implicarea nodurilor limfatici* si absenta sau prezenta metastazelor* sunt factori de luat in considerare in determinarea stadiului bolii, care este fundamentala pentru a se lua cea mai buna decizie de tratament.

In cazul cancerelor ovariene, stadializarea este completa atunci cand s-au facut urmatoarele examinari: examinarea clinica, investigatiile radiologice, explorarea chirurgicala a abdomenului (numita stadializare chirurgicala) si examinarea histopatologica a tesutului prelevat din tumoarea primara si din biopsiile* posibilelor organe afectate.

Un element critic in procedura de stadializare a cancerului ovarian il reprezinta laparotomia* facuta sub anestezie generala*. Aceasta „interventie chirurgicala de stadializare” ii permite chirurgului sa determine vizual prezenta si intinderea cancerului ovarian si sa recolteze tesut din tumoare (si din alte organe din zona abdominala care ar putea fi afectate) in scopul examinarii histopatologice. In afara rolului sau in determinarea stadiului bolii, laparotomia* este si primul pas (si, in anumite cazuri, ultimul pas) din tratament, pentru ca permite chirurgului sa indeparteze tumoarea primara si organele vizibil afectate.



Interventia chirurgicala de stadializare se face conform procedurilor stabilite de Federatia Internationala de Ginecologie si Obstetrica (abreviata FIGO). Chirurgul face o incizie in peretele abdominal si examineaza cu atentie cavitatea abdominala si toate organele din acea zona pentru a detecta prezenta unei tumori primare si posibila raspandire a tumorii la alte organe. Pe baza descoperirilor din urma examenilor clinice si radiologice, aceasta procedura ii va permite chirurgului sa determine stadiul bolii.

Chirurgul va indeparta tumoarea si organele selectate si va preleva tesut pentru biopsie* (va indeparta chirurgical bucati mici de tesut pentru examinare histopatologica) din celelalte organe la care este posibil sa se fi extins cancerul. Protocolul exact al interventiilor necesare depinde de stadiul bolii detectat in timpul procedurii. Extinderea bolii (masurata prin examinarea histopatologica a tesuturilor si a biopsiilor) poate fi evaluata si tesuturile afectate pot fi indepartate prin intermediul acestor interventii. Interventiile din timpul stadializarii chirurgicale pot include:

- Histerectomia* abdominala totala (resectia uterului) si salpingo-ooforectomia* bilaterala (resectia ovarelor si a trompelor uterine), limfadenectomia totala sau partiala (resectia nodulilor limfatici*) din zona pelviana si para-aortica (nodulii limfatici din zona pelviana* si cei situati de-a lungul arterei principale, numita aorta), omentectomia partiala sau totala (resectia epiploonului, un pliu mare al peritoneului* care captureaza intestinul) si resectia oricarui alt organ la care a ajuns tumoarea.
- Prelevarea unei biopsii* din peritoneul (tesutul care captureaza cavitatea abdominala) diafragmei, al pelvisului* si al spatiilor dintre abdomen si intestinul gros (numite santuri paracolice*).
- Spalarea cavitatii abdominale cu ser fiziologic, pentru a detecta prezenta celulelor maligne* (numita si lavaj* peritoneal*).
- Pentru anumite tipuri de tumori, resectia apendicelui* (apendicectomia).

In anumite cazuri, stadializarea bolii prin procedura chirurgicala poate fi facuta mai degraba prin laparoscopie* decat prin laparotomie*. Daca aceasta optiune este posibila sau nu pentru o anumita pacienta ramane de evaluat.

Tabelul de mai jos prezinta diferitele stadii ale cancerului ovarian, conform procedurilor Federatiei Internationale de Ginecologie si Obstetrica (FIGO)¹. Definitiile sunt destul de tehnice, de aceea este recomandat ca pacientele sa solicite explicatii mai detaliate din partea medicilor.

¹ Trebuie retinut faptul ca o noua clasificare FIGO cu modificari minore a fost propusa pentru utilizare incepand din ianuarie 2014. Totusi, deciziile privitoare la tratament se bazeaza in continuare pe clasificarea anterioara. Acest lucru se va schimba progresiv, in anii urmatoari, dar nu va avea consecinte asupra recomandarilor de tratament indicate in acest ghid.

Stadiu	DEFINITIE	CATEGORIE
Stadiul I	Tumoarea se limiteaza la ovare	Boala incipienta
Stadiul IA	Tumoarea se limiteaza la interiorul unuia dintre ovare: nu exista nicio tumoare pe partea externa a ovarului, iar capsula care inconjoara ovarul este intacta. Nu exista ascita* care sa contina celule maligne.*	
Stadiul IB	Exista o crestere tumorala in ambele ovare, insa tumorile sunt limitate la interiorul ovarelor. Nu exista nicio tumoare in exteriorul ovarelor, iar capsulele care inconjoara ovarele sunt intacte. Nu exista ascita* care sa contina celule maligne.*	
Stadiul IC	Exista o crestere tumorala la unul sau ambele ovare (stadiul IA sau IB) si unul sau mai multe dintre elementele de mai jos: <ul style="list-style-type: none"> - crestere tumorala in exteriorul unuia sau al ambelor ovare - crestere tumorala in capsula unuia sau ambelor ovare sau rupere a capsulei in timpul operatiei - ascita* cu celule maligne* - fluidul obtinut prin lavajul* peritoneal* indica prezenta celulelor maligne 	
Stadiul II	Tumoarea implica unul sau ambele ovare si s-a extins in afara ovarelor, la organele din zona pelviana	Boala avansata
Stadiul IIA	Tumoarea implica unul sau ambele ovare si s-a extins la uter si/sau la trompele uterine	
Stadiul IIB	Tumoarea implica unul sau ambele ovare si s-a extins la tesuturile din zona pelviana, altele decat uterul sau trompele uterine.	
Stadiul IIC	Tumoarea implica unul sau ambele ovare si s-a extins la uter sau la trompele uterine (stadiul IIA) sau la alte organe pelviene (stadiul IIB). In plus, apar unul sau mai multe din elementele urmatoare: <ul style="list-style-type: none"> - crestere tumorala la exteriorul unuia sau al ambelor ovare - crestere tumorala in capsula unui ovar sau in capsulele ambelor ovare - ascita* cu celule maligne* - fluidul obtinut in urma lavajului* peritoneal* indica prezenta celulelor maligne. 	

Stadiul III	<p>Tumoarea implica unul sau ambele ovare. La prima vedere, cresterea tumorală pare să fie limitată la pelvis*, însă examinarea histopatologică arată că s-a extins și în afara pelvisului, la unul sau mai multe din organele următoare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - perineul* din afara pelvisului - nodulii limfatici* din regiunea pelvisului - straturile de suprafață ale ficatului - intestinul subțire sau epiploonul*. 	Boala avansată
Stadiul IIIA	<p>Tumoarea implica unul sau ambele ovare. La prima vedere, cresterea tumorală pare să fie limitată la pelvis*, dar examinarea histopatologică arată creștere tumorală la nivel microscopic în intestinul subțire, în mezenter* sau în membranele peritoneale* din afara pelvisului (inclusiv epiploonul*). Nu există extindere tumorală la nodulii limfatici*.</p>	
Stadiul IIIB	<p>Tumoarea implica unul sau ambele ovare. Examinarea histopatologică a biopsiilor* prelevate din membranele peritoneale* din afara pelvisului* arată metastaze* mai mici de 2 cm în diametru. Nu există extindere tumorală la ganglionii limfatici*.</p>	
Stadiul IIIC	<p>Tumoarea implica unul sau ambele ovare. Cresterea tumorală a provocat metastaze* la nivelul membranelor peritoneale* mai mari de 2 cm în diametru și/sau s-a extins la nodulii limfatici* din pelvis*.</p>	
Stadiul IV	<p>Tumoarea implica unul sau ambele ovare și a provocat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - metastaze* hepatice în țesuturile profunde ale ficatului (metastaze parenchimatoase) - metastaze la organele aflate la distanță de pelvis* - lichid în jurul plămânilor (revarsat pleural*) care conține celule maligne* 	

REZULTATELE EXAMINĂRII TESUTULUI TUMORAL

Specimenul prelevat chirurgical din tumoare este examinat în laborator de către un patolog*. Această examinare se numește histopatologie și va oferi informații despre tipul histologic* și gradul tumorii.

Examinarea histopatologică a țesutului tumoral oferă informații esențiale despre cancer. Rezultatele examinării țesutului tumoral includ astfel tipul histologic și gradul tumorii.

Anumite tumori produc proteine* caracteristice, care pot fi identificate în țesutul tumoral folosind o metodă specială de laborator numită imunohistochimie*. În anumite forme de cancer ovarian, această investigație suplimentară a țesutului tumoral prelevat poate ajuta la identificarea tipului histologic al tumorii.



- **Tipul histologic***

Tipul histologic al unei tumori se referă la tipul de celule care formează tumora. Tipul histologic este definit conform criteriilor stabilite de Organizația Mondială a Sănătății (OMS).

Aproape 90% din tumorile ovariene maligne* apar din epiteliul* ovarelor sau din epiteliul capatului exterior al trompei uterine. Aceste tumori sunt numite **“cancere ovariene epiteliale”** sau **“carcinoame ovariene”**.

Aproape 10% din cancerele ovariene pot apărea la nivelul altor țesuturi ovariene, în afara epiteliului. Aceste tumori sunt numite **“cancere ovariene non-epiteliale”**.

Ambele tipuri de cancer ovarian formează grupuri de tipuri diferite de tumori. Aceste două grupuri vor fi discutate separat în secțiunile de mai jos.

Dacă o tumoare malignă de tip ovarian este găsită în peritoneu*, este considerată a fi o tumoare ovariană primară.

CARCINOMUL OVARIAN SAU CANCERUL OVARIAN EPITELIAL

Printre carcinoamele ovariene sunt recunoscute mai multe tipuri histologice*, fiecare reprezentând o entitate diferită cu un proces de dezvoltare distinct (numit proces de carcinogeneză). Fiecare tip histologic este clasificat într-una din cele trei categorii care reflectă pronosticul*:

- **Tumorile benigne*** sunt formate din celule non-maligne. Tumorile benigne pot crește, însă nu se extind la alte părți ale corpului.
- **Tumorile maligne*** sunt formate din celule canceroase. Tumorile maligne au o creștere nelimitată și pot să invadeze și să distrugă țesuturile înconjurătoare. De asemenea, ele se pot extinde la alte părți ale corpului (metastaze*).
- **Tumorile borderline*** sunt formate din celule care nu sunt considerate nici benigne* și nici maligne*, dar care arată un ușor potențial malign. Aceste leziuni sunt cunoscute drept **tumori cu malignitate intermediară, tumori cu potențial malign scăzut și tumori proliferative atipice**. Tumorile borderline sunt de obicei *carcinoame seroase*, mai puțin frecvent *carcinoame mucinoase* și foarte rar *carcinoame endometriale*.

Cele șase tipuri histologice* majore de cancer ovarian epitelial sunt descrise mai jos. Definiția acestor tumori și a diferitelor lor subtipuri este foarte specializată și tehnică, de aceea este indicat să vă adresați medicului pentru mai multe informații.

- **Carcinoamele seroase** sunt responsabile pentru aproximativ 80-85% din toate carcinoamele ovariene din țările vestice. Cele mai multe *carcinoame seroase* prezintă un risc crescut; *carcinoamele seroase* de risc scăzut sunt rare. Până la 95% din pacientele cu cancer în stadiul FIGO III-IV au *carcinoame seroase*, în timp ce carcinoamele seroase în stadiul FIGO I sunt foarte rare. *Carcinoamele seroase* cu risc scăzut și cele cu risc crescut sunt considerate tipuri diferite de tumori.
- **Carcinoamele endometriale** sunt responsabile pentru aproximativ 10% din toate *cancerurile ovariene*. Majoritatea carcinoamelor de acest fel sunt de stadiul I sau II.
- **Carcinoamele cu celule clare** reprezintă aproximativ 5% din toate *carcinoamele ovariene*. Sunt frecvente doar la femeile japoneze. Majoritatea carcinoamelor de acest fel se află în stadiul FIGO I sau II și reprezintă cele mai frecvente tumori FIGO în stadiul I.
- **Carcinoamele mucinoase** sunt împărțite în două grupe. **Tumorile mucinoase de tip intestinal** sunt cele mai frecvente. **Tumorile mucinoase de tip endocervical (seromucinoase sau mulleriene)** sunt de obicei tumori *borderline** și seamănă cu *tumorile seroase borderline*.
- **Carcinoamele cu celule tranzitoriale** sunt frecvente și majoritatea sunt tumori de grad înalt, cu caracteristici histologice asemănătoare celor din *carcinoamele seroase*.
- **Carcinoamele scuamoase.**

Pe lângă aceste șase tipuri histologice* majore, alte carcinoame ovariene includ:

- **Carcinoamele nediferențiate**, care se comportă asemănător cu *carcinoamele seroase* de grad înalt.

CANCERUL OVARIAN NON-EPITELIAL

Cancerul ovarian non-epitelial este compus dintr-un grup de tumori maligne*. În general, acestea sunt tumori neobisnuite, fiind recunoscute șase tipuri histopatologice majore, de obicei cu mai multe subtipuri diferite. O imagine de ansamblu a clasificării este prezentată mai jos. Definiția acestor tumori, în special a diferitelor subtipuri, este foarte tehnică și specializată; se recomandă consultarea unui medic pentru mai multe informații.

- **Tumorile cu celule germinale** iau naștere din ovulele aflate în interiorul ovarului. Per total, tumorile cu celule germinale constituie doar 5% din toate tumorile ovariene, însă ele reprezintă mai mult de 75% din tumorile ovariene maligne* diagnosticate la preadolescente. Sunt recunoscute mai multe tipuri diferite de *tumori cu celule germinale*. Având în vedere că distincția dintre aceste subtipuri este foarte tehnică, se recomandă contactarea unui medic pentru mai multe informații.

Asa-numitul *chist* dermoid** (sau *teratom* chistic matur*) este un subtip al *tumorilor cu celule germinale* care poate reprezenta 20% din tumorile ovariene și este de obicei benign*.

- **Tumorile stromale de cordoane sexuale** iau nastere din stroma ovariana (tesutul moale care formeaza structura de sustinere a ovarelor) sau din cordoanele sexuale (structurile care, in timpul dezvoltarii organelor reproducatoare, dau nastere unor tipuri de celule specifice, numite celule Leydig*, celule Sertoli*, celule granuloase* si celule tecale).

Tumorile stromale de cordoane sexuale reprezinta 5% din toate tumorile ovariene si 7% din toate tumorile ovariene maligne*. Ele apar de obicei la femeile adulte si produc in general substante hormonale, care dau nastere la simptome clinice distincte precum virilizarea* sau hiperplazia endometrială*, ce poate cauza menstruatii neregulate sau sangerari postmenopauza.

Sunt recunoscute mai multe tipuri de *tumori stromale de cordoane sexuale*. Diferenta dintre aceste subtipuri este foarte tehnica si se recomanda sa se contacteze medicul pentru mai multe informatii.

Cel mai frecvent tip de tumoare maligna* din grupul *tumorilor seroase de cordoane sexuale* este **tumoarea cu celule granuloase***. Aceste tumori pot aparea si la pacientele adulte, insa sunt diagnosticate cel mai frecvent in randul pacientelor tinere, in special al celor mai tinere de 20 de ani. In acest grup de varsta, ele prezinta foarte des semne de precocitate sexuala (inceput prematur al pubertatii).

Imunohistochimia* poate ajuta la diferentierea acestor tumori de alte tipuri de cancer ovariene, deoarece in tesutul acestor tumori se gasesc de obicei proteinele* CD99* si melanA* (in forma adulta) si inhibina α si calretinina (in formele adulte si juvenile).

Tumorile cu celule Sertoli*, celule Leydig* si celule Sertoli-Leydig* formeaza un subtip de tumori stromale de cordoane sexuale care pot produce de obicei hormoni masculini. Tumoarea cu **celule Leydig** (numita si **tumoare cu celule hil**) este intodeauna benigna* si prezinta virilizare*, din cauza secretiei de androgeni*. Tumoarea cu celule **Sertoli-Leydig** este, de asemenea, prezenta la pacientele mai tinere si poate produce hormoni.

Imunohistochimia poate ajuta la identificare si in cazul acestor tumori, deoarece ele contin proteinele specifice inhibina- α si citokeratina cu greutate moleculara mica.

- **Carcinosarcomele*** reprezinta 2 - 4% din toate tumorile ovariene. Aceste tumori sunt formate de obicei din celule maligne* care iau nastere din epiteliul* ovarian sau din stroma ovariana.
- **Tumorile neuroendocrine* si cu celule mici*** sunt formate din celule mai mici decat celulele normale. *Tumorile neuroendocrine ale ovarului* sunt formate din celule care apar de obicei in sistemul endocrin si in sistemul nervos.
- Aceasta categorie de tumori, care are de asemenea mai multe subtipuri, este responsabila de aproximativ 1% din cancerile ovariene si fiecare subtip are o prezentare clinica specifica. Tumorile sunt rare, insa majoritatea sunt foarte agresive, in special atunci cand sunt diagnosticate dincolo de gradul FIGO I. Diferenta dintre diferitele subtipuri este foarte tehnica si se recomanda sa consultati un medic pentru mai multe informatii.
- **Carcinomul scuamos care se formeaza dintr-un chist dermoid*/teratom*** este o tumoare maligna* care ia nastere dintr-un *chist dermoid*: aceasta asa-numita „transformare maligna*” nu este frecventa si apare la doar 1-2% din *chisturile dermoide*. Aceste tumori apar de obicei la femeile trecute de menopauza si sunt diagnosticate in general intr-un stadiu tarziu, cand dimensiunea mare a tumorii cauzeaza disconfort sau cand miscarile tumorii (numite torsiuni) provoaca durere. Diagnosticarea se face de multe ori atunci cand o pacienta trece printr-o operatie pentru un presupus *chist dermoid*.

- **Tumoarea Struma ovarii malignum (carcinomul strumal)** este o tumoare maligna* care ia nastere dintr-un *teratom** si este formata in proportie mai mare de 50% din tesut care se gaseste de obicei in glanda tiroida*. *Tumoarea Struma ovarii malignum* este foarte rara si este diagnosticata de obicei in mod intamplator, la femei intre 50 si 60 de ani, producand doar rareori metastaze*. Foarte rar, tumoarea ovariana reprezinta o metastaza a unei tumori maligne a tiroidei si aceasta posibilitate ar trebui, deci, investigata la pacientele care prezinta *carcinoame stromale*.

- **Gradul**

Asa-numitul **grad** al unei tumori maligne* reflecta prezenta caracteristicilor atipice ale celulelor si/sau arhitectura atipica a tumorii. Gradul ofera informatii despre viteza de crestere a tumorii si gradul sau de invazivitate*.

Pentru cancerele ovariene, se pot utiliza numeroase sisteme de stabilire a gradului. Sistemul poate diferi in functie de tipul histologic* al tumorii. Un numar de la 1 la 3 sau un adjectiv („scazut” sau „inalt”) sunt atribuite gradului. Ca regula generala, cu cat gradul este mai mic, cu atat prognosticul* este mai bun.

CARE SUNT VARIANTELE DE TRATAMENT?

Planificarea tratamentului implica o echipa multidisciplinara* de profesionisti din domeniul medical. Acest lucru presupune de obicei o intalnire cu diversi specialisti, numita abordare* multidisciplinara sau comisie de evaluare a tumorii (board tumoral). In cadrul acestei intalniri, planul de tratament va fi discutat conform informatiilor relevante mentionate mai devreme.

Tratamentul va combina de obicei operatia si chimioterapia* sistemica, ce actioneaza asupra celulelor canceroase oriunde s-ar afla ele in corp.

Durata tratamentului va depinde de stadiul cancerului, de caracteristicile tumorii si de riscurile la care este expusa pacienta. Tratamentele listate mai jos au beneficii, riscuri si contraindicatii* specifice. Se recomanda ca pacienta sa ceara opinia medicilor curanti despre beneficiile asteptate si riscurile fiecarui tratament, pentru a fi informata cu privire la consecintele acestuia. In cazul anumitor tratamente, sunt disponibile mai multe posibilitati si alegerea trebuie discutata tinand cont de raportul dintre beneficii si riscuri.

In general, tratamentul cancerului ovarian urmeaza un plan de tratament standard, prezentat mai jos. Totusi, cancerul ovarian reprezinta un grup foarte divers de tumori si tratamentul recomandat variaza pentru anumite subtipuri de *cancere non-epiteliale*.

Trebuie retinut faptul ca majoritatea *cancerelor non-epiteliale* sunt reprezentate de tumori foarte rare si ca optiunile de tratament redate mai jos se bazeaza pe experienta clinica curenta dintr-un numar limitat de cazuri.

In afara de tratamentul standard, este posibil ca pacienta sa participe la un studiu clinic*, indiferent de stadiul bolii. In cadrul unui studiu clinic, sunt propuse noi tratamente sau strategii, pentru a afla mai multe despre posibilele beneficii si riscuri ale acestora. Daca o pacienta doreste sa participe, este recomandat sa discute studiile clinice aflate in desfasurare cu medicul curant.

PLANUL STANDARD DE TRATAMENT PENTRU CANCERUL OVARIAN

Planul de tratament pentru boala incipienta (stadiile FIGO I SI IIA)

In aceste stadii, tumoarea se limiteaza la ovare (stadiul I) sau la ovare, uter si/sau trompele uterine (stadiul IIA).

Pentru ca boala nu s-a extins in afara pelvisului, scopul principal al tratamentului este sa se indeparteze chirurgical atat tumoarea, cat si organele la care s-a extins, daca este cazul. Pentru pacientele cu profiluri de risc selectate, un tratament suplimentar (numit chimioterapie adjuvanta*) este recomandat, deoarece scade riscul ca tumoarea sa progreseze si/sau sa revina.*



Rezectia chirurgicala a tumorii si a organelor afectate in timpul stadializarii chirurgicale

Rezectia chirurgicala a tumorii si a organelor afectate constituie primul (si in anumite cazuri ultimul) pas in tratarea cancerului ovarian incipient. Rezectia chirurgicala are loc in timpul procedurii de stadializare chirurgicala, un element critic al diagnosticarii cancerului ovarian (a se vedea capitolul despre stadializare). Prin intermediul unei laparotomii* efectuate sub anestezie* generala, chirurgul stabileste prezenta si raspandirea cancerului ovarian; cu alte cuvinte, stabileste „stadiul” bolii. In functie de stadiu, medicul va urma apoi protocolul standard de rezectie si biopsie* a probei. Acest procedeu nu doar ofera tesutul necesar pentru examinarea histopatologica, ci constituie si un tratament local pentru tumoare.



In cazul in care stadializarea chirurgicala arata semne **de cancer ovarian incipient**, chirurgul va face

- o hysterectomie* abdominala totala (rezectia uterului)
- o salpingo-ooforectomie* bilaterala (rezectia ovarelor si a trompelor uterine de ambele parti)
- o omentectomie (rezectia unei mari parti din tesutul care captureaza intestinul).

In plus, in cadrul stadializarii chirurgicale, intreaga cavitate abdominala este evaluata, lucru care include:

- evaluarea retroperitoneului pelvian si paraaortic* (spatiul din spatele tesutului care captureaza cavitatea abdominala in regiunea pelvisului* si a aortei)
- prelevarea unei biopsii* din peritoneu (tesutul care captureaza cavitatea abdominala)
- efectuarea lavajului* peritoneal* (spalarea cavitatii abdominale cu ser fiziologic si examinarea acesteia pentru a se vedea daca prezinta celule maligne*).

La anumite paciente, se poate aplica asa-numita chirurgie cu mentinerea fertilitatii. Acest lucru inseamna ca un ovar, o trompa uterina si uterul sunt pastrate. Este un tip de chirurgie care poate fi luat in calcul la pacientele care doresc sa-si pastreze posibilitatea de a concepe si a naste copii, atat timp cat se efectueaza o stadializare chirurgicala completa, organele pastrate sunt sanatoase si pacienta primeste consilierea necesara. Acest tip de chirurgie poate fi luat in calcul ca unic tratament pentru anumite tipuri de cancer ovarian, cum ar fi *tumorile cu celule germinale*.

Chimioterapia* adjuvanta*

La pacientele care sufera de cancer ovarian in stadiul I, gradul este cel mai puternic indicator al riscului de recurenta*:

- Risc scazut: stadiul IA si IB, gradul 1
- Risc mediu: stadiul IA si IB, gradul 2
- Risc ridicat: stadiul IA, gradul 3; stadiul IC, toate gradele (1, 2 sau 3); stadiul IB, gradul 2 sau 3 si histologia cu celule clare.



Alti factori clinici care determina riscul de recurenta sunt:

- ruperea tumorii inainte sau in timpul operatiei
- prezenta tumorii la ambele ovare
- varsta pacientei la aparitia tumorii.

Astfel, in cazul pacientelor pentru care stadializarea chirurgicala si examinarea histopatologica a tesutului tumoral indica un risc mediu sau ridicat al bolii incipiente, se recomanda 6 cicluri de chimioterapie* cu carboplatin*, administrata intravenos*. Chimioterapia adjuvanta* poate reduce riscul reaparitiei sau al progresului bolii.

Planul de tratament pentru boala in stadiu avansat (stadiile FIGO IIB pana la IIC)

In aceste stadii, tumoarea s-a extins la tesuturile din zona pelviana, altele decat uterul si trompele uterine; tumoarea s-a extins la tesuturile abdominale superioare si/sau a cauzat metastaze la distanta. Tumoarea s-a extins destul de mult si este dificil sau imposibil sa fie indepartata in totalitate pe cale chirurgicala. Prin urmare, scopul tratamentului initial pentru aceste paciente este sa se indeparteze cat mai mult tesut tumoral prin operatie si sa se atace ulterior celulele maligne ramase, prin chimioterapie*.*

Chimioterapia este administrata intravenos si astfel actioneaza la nivel sistemic asupra celulelor tumorale. Din ce in ce mai frecvent, o parte din chimioterapie este administrata inainte de operatie, pentru a reduce extinderea tumorii, permitand astfel indepartarea optima a tumorii in timpul operatiei.

Operatia de debulking (de reducere)*

Ca in cazul tuturor pacientelor suspecte de cancer ovarian, se efectueaza o laparotomie* pentru o stadializare chirurgicala completa (a se vedea capitolul despre stadializare). Daca aceasta procedura confirma **boala avansata**, interventia chirurgicala initiala isi propune sa inlature cea mai mare parte din tumoare, adica portiunea vizibila. Procedura se mai numeste si citoreductie maximala sau optima.

Complexitatea interventiilor chirurgicale in acesta procedura si posibilitatea de obtinere a unei citoreductii optime depinde de stadiul bolii fiecarei paciente. Scopul acestei proceduri este sa inlature cat mai mult posibil din masa tumorii primare, iar termenul citoreductie optima se refera la absenta bolii reziduale (fara tumoare ramasa).

Elementele standard ale procedurii sunt reprezentate de histerectomia* abdominala totala, salpingo-ooforectomia* bilaterala, omentectomie, limfadenectomie si lavaj peritoneal; procedura mai poate include rezectii (partiale) ale peritoneului*, ficatului, splinei, stomacului, vezicii biliare, pancreasului, intestinului si vezicii urinare.

Daca citoreductia optima nu este posibila si starea pacientei se stabilizeaza sau se imbunatateste sub chimioterapie*, ar trebui luata in considerare asa-numita „chirurgie de debulking* la interval”. Acest lucru inseamna ca dupa trei cicluri de chimioterapie, pacienta este supusa interventiei de debulking, care este urmata de alte trei cicluri de chimioterapie. Aceasta strategie devine din ce in ce mai acceptata si indicata pacientelor, in special atunci cand exista o diseminare importanta a tumorii.

Chimioterapia*

Dupa reducerea chirurgicala a tumorii primare, tratamentul standard pentru pacientele cu cancer ovarian avansat este terapia bazata pe platina, constand in special intr-o combinatie de carboplatin* si paclitaxel* administrata intravenos*, in sase cicluri. Anumite paciente cu o diseminare importanta a tumorii pot primi 3 cicluri de chimioterapie inaintea interventiei, pentru a scadea intinderea tumorii, apoi sunt supuse interventiei chirurgicale si primesc restul de trei cicluri de chimioterapie. Pentru pacientele care dezvoltă o alergie sau nu tolerează paclitaxelul, combinatia de docetaxel si carboplatin sau doxorubicina lipozomala peghilata* si carboplatin poate fi considerata o alternativa.

In Statele Unite s-a sugerat ca chimioterapia intraperitoneala (administrata printr-un tub flexibil implantat chirurgical, care permite trecerea fluidelor in abdomen) ar trebui oferita pacientelor cu boala reziduala foarte limitata sau absenta dupa operatie. Totusi, o combinatie de chimioterapie intraperitoneala si intravenoasa* nu poate fi luata in considerare ca standard de ingrijire in Europa.

Terapia* tintita

Bevacizumabul* este un anticorp* care se leaga de factorul de crestere endotelial vascular* (VEGF), un factor de crestere pentru vasele de sange. Celulele cancerului ovarian produc cantitati mari de VEGF, care stimuleaza formarea de noi vase de sange in interiorul si in jurul tumorii. Blocarea factorului de crestere folosind bevacizumab poate preveni astfel aparitia acestor vase de sange in jurul tumorii.

Adaugarea de bevacizumab la chimioterapie ar putea fi recomandata ca tratament initial pentru pacientele care sufera de cancer in stadiul III si tumori reziduale mai mari de 1 cm dupa operatia de debulking sau care au cancer in stadiul IV. El ar trebui administrat impreuna cu paclitaxel si carboplatin timp de un an.

Planul de tratament pentru boala metastatica* (stadiul FIGO IV)

Aproximativ 15% din pacientele cu cancer ovarian sunt diagnosticate in stadiul IV (metastatic). Dupa cum s-a explicat in sectiunea dedicata tratamentului pentru boala avansata, rezultatul tratamentului in acest stadiu depinde si de boala reziduala dupa excizia masei tumorale primare, care este urmata de chimioterapia* formata din sase cicluri de platina-paclitaxel*. Pentru pacientele care dezvoltă o alergie sau nu tolerează paclitaxelul, combinatia de docetaxel si carboplatin sau doxorubicina lipozomala peghilata* si carboplatin ar putea fi adaugata la chimioterapie, asa cum se specifica in sectiunea precedenta legata de boala avansata.

ASPECTE SPECIFICE IN TRATAMENTUL ANUMITOR TIPURI DE CANCER OVARIAN NON-EPITELIAL

Tumorile cu celule germinale

Proape doua treimi din *tumorile cu celule germinale* sunt diagnosticate in stadiul I: la aceste paciente, se recomanda in general operatia cu pastrarea fertilitatii, iar procedura completa de stadializare chirurgicala nu este indicata. Eficacitatea ridicata a terapiilor care pot fi folosite mai tarziu in cazul in care o tumoare cu celule germinale revine, este motivul principal pentru aceste scheme de tratament. Tratamentul adjuvant* nu este recomandat pentru tumori cu risc scazut, in stadiul I.

În cazul bolii avansate, se efectuează operația de debulking*, urmată de chimioterapie* cu Bleomicin*, Etoposid* și cisPlatin (BEP). Această schemă de chimioterapie este administrată pe o perioadă de trei săptămâni (numită ciclu). Durata optimă nu este bine definită, dar trei cicluri de BEP sunt folosite de obicei pentru pacienții a căror boală a fost îndepărtată în totalitate pe cale chirurgicală. Pentru pacienții a căror boală nu a putut fi îndepărtată în totalitate prin operație, 4 până la 5 cicluri de BEP (de la al patrulea ciclu fără bleomicin, pentru a reduce riscul toxicității pentru plămâni) par potrivite. Cum *tumorile cu celule germinale* sunt sensibile la chimioterapie, operația poate păstra fertilitatea chiar și în cazuri avansate de boală. La femeile în vârstă, aflate în perioada de postmenopauză, tratamentul urmează totuși planul standard.

Pentru *tumorile de sinus endodermal*, un anumit subtip de tumori cu celule germinale care cresc mai agresiv, se recomandă chimioterapia* adjuvantă*, cu excepția pacienților care au cancer în stadiul IA, al cărui tratament poate fi urmat prin monitorizarea nivelului alfa-fetoproteinei (AFP) din sânge.

Tumorile stromale de cordoane sexuale

La pacienții tineri cu o *tumoare stromală de cordoane sexuale* a căror boală pare să fie localizată, operația care păstrează fertilitatea poate fi luată în calcul și stadializarea chirurgicală nu este recomandată.

Majoritatea acestor tumori sunt diagnosticate în stadiul I și, pentru aceste pacienți, terapia adjuvantă* nu este recomandată. Anumii medici sugerează terapia adjuvantă cu medicamente chimioterapeutice bazate pe platina pentru pacienții cu cancer în stadiul IC, de grad ridicat (3). Cea mai folosită combinație este BEP (bleomicin*, etoposid* și cisPlatin*), însă se pot folosi multe alte combinații de medicamente.

Pentru *tumorile cu celule granuloase** cu un risc mai ridicat, este indicată chimioterapia adjuvantă* cu bleomicin*, etoposid și cisplatin sau carboplatin și paclitaxel.

Pentru tumorile cu celule Sertoli-Leydig, chimioterapia adjuvantă poate fi luată în calcul pentru pacienții cu cancer în stadiul I și un grad ridicat (3) sau cu elemente heterologe raportate de patolog.

Tratamentul pentru boala avansată urmează regulile de tratament generale pentru cancerul ovarian. Atunci când este posibilă, operația de debulking* rămâne cel mai bun tratament al tumorilor cu celule granuloase recurente sau metastatice. Chimioterapia bazată pe platina este folosită în prezent pentru pacienții cu un stadiu avansat de cancer.

Carcinosarcomul*

Toate *carcinosarcomele** au un risc crescut, chiar și când sunt diagnosticate în stadiul I. De aceea, se recomandă chimioterapia* adjuvantă* cu carboplatin* și paclitaxel*. La pacienții în vârstă, cu o stare de sănătate precară, poate fi luată în considerare monoterapia cu carboplatin.

Tumorile cu celule mici* si neuroendocrine*

Principiile chirurgiei standard se aplica si in acest caz. Totusi, pentru pacientele tinere cu o tumoare ovariana izolata, poate fi luata in calcul operatia cu pastrarea fertilitatii, in combinatie cu chimioterapia* adjuvanta*. In general, chimioterapia consta in administrarea de platina si etoposid*.

Tumoare de tip Struma ovarii malignum

Tratamentul chirurgical cu hysterectomie* si salpingo-ooforectomie* bilaterala este recomandat la femeile trecute de menopauza si la femeile aflate inainte de menopauza care nu mai doresc sa conceapa si sa nasca copii. Pentru femeile tinere care doresc sa-si pastreze fertilitatea, poate fi luata in considerare operatia cu pastrarea fertilitatii, cu conditia sa nu existe o extindere a tumorii prin capsula ovarului si sa nu exista un *teratom chistic matur** asociat. Operatia mai agresiva este recomandata pacientelor pentru care exista dovezi clare ca tumoarea s-a extins. Terapia adjuvanta* nu este recomandata.

Dupa operarea *tumorii de tip Struma ovarii malignum*, trebuie luata in calcul o scanare completa cu iod radioactiv*. Aceasta este o procedura imagistica ce permite vizualizarea prezentei tesutului tiroidian* oriunde in corp. Iodul radioactiv* administrat intravenos* este absorbit de tesutul tiroidian functional. Prin urmare, aceasta procedura poate fi folosita pentru a detecta tesuturile tumorale reziduale postoperatorii si in timpul controalelor ulterioare. Inainte de aceasta scanare, glanda tiroida este indepartata chirurgical (tiroidectomie), pentru a preveni situatia potentiala in care cea mai mare parte sau chiar tot iodul este absorbit de glanda tiroida, nu de tesutul tumoral.

Carcinomul cu celule scuamoase care ia nastere din chisturile dermoide*/teratoame*

Daca tumoarea se limiteaza la ovare si nu s-a extins prin capsula ovarului, tratamentul este limitat si poate consta doar in salpingo-ooforectomie*. Pentru cancerule in stadii mai avansate, trebuie realizata stadializarea chirurgicala. Daca tumoarea nu este indepartata in totalitate in cursul primei operatii, nu se recomanda repetarea acesteia. Este indicata chimioterapia* adjuvanta* cu regimuri bazate pe platina, terapii combinate cu bleomicin*, etoposid* si cisplatin sau carboplatin* si paclitaxel*.

CARE SUNT EFECTE ADVERSE POSIBILE ALE TRATAMENTELOR?

Operatia

Riscuri si efecte secundare generale

Anumite riscuri sunt comune tuturor interventiilor chirurgicale realizate sub anestezie generala*. Aceste complicatii nu sunt foarte des intalnite si includ tromboza* venoasa profunda, probleme cardiace sau respiratorii, sangerari, infectii sau reactii la anestezie. Aceste riscuri sunt prevenite prin evaluarea medicala atenta inaintea operatiei.

Ovarele, trompele uterine si uterul sunt localizate in zona pelviana*, impreuna cu nodulii limfatici*, vezica urinara, vase de sange importante si parti ale intestinelor. In timpul interventiei chirurgicale, in functie in principal de extinderea tumorii, anumite structuri pot fi lezate. O buna verificare inainte de operatie si realizarea investigatiilor imagistice necesare vor ajuta la minimalizarea riscurilor.

Cand nodulii limfatici aflati in zona pelvisului* si de-a lungul aortei sunt indepartati, sistemul limfatic se poate bloca, ducand la limfedem, o boala in care limfa se acumuleaza in picioare si le face sa se umfle. Acest lucru se poate intampla la scurt timp dupa interventia chirurgicala, dar si mai tarziu.

Pierderea functiei reproducatoare

Tratamentul standard pentru cancerul ovarian presupune indepartarea chirurgicala a ambelor ovare, a trompelor uterine si a uterului. Prin urmare, dupa tratament, pacientele cu cancer ovarian nu vor mai putea concepe si naste copii. Pacientele vor fi consiliate si indrumate catre persoane specializate care ofera suport in aceasta situatie.

La anumite paciente, se poate efectua operatia cu pastrarea fertilitatii, ceea ce inseamna ca un ovar, o trompa uterina si uterul sunt pastrate. Operatia cu pastrarea fertilitatii poate fi luata in calcul la pacientele care doresc sa-si pastreze abilitatea de a concepe si a naste copii, atat timp cat este realizata stadializarea chirurgicala completa, organele pastrate sunt sanatoase si pacienta este consiliata in mod corespunzator.

Pierderea functiei ovarelor in urma rezectiei ambelor ovare duce, de asemenea, la incetarea producerii de hormoni feminini. La femeile cu potential reproducator, acest lucru va duce la pierderea menstruatiei si aparitia simptomelor de menopauza*. Daca terapia de substitutie cu hormoni* va fi indicata sau contraindicata* depinde foarte mult de tipul de cancer ovarian, de starea medicala a pacientei si de preferinta acesteia.



Pierderea organelor abdominale

La pacientele cu cancer ovarian avansat, operatia de debulking* poate include indepartarea chirurgicala a diferitelor organe abdominale afectate de tumoare.

Pierderea unor parti din intestine sau din ficat si pierderea vezicii biliare pot duce la probleme gastrointestinale. Ileostomia* sau colostomia* pot fi necesare pentru a asigura colectarea si/sau evacuarea scaunului.

Indepartarea splinei duce la susceptibilitate crescuta pentru anumite infectii, asa ca, postoperator, trebuie luate in considerare vaccinarea si tratamentul preventiv cu antibiotice.

Pierderea functiei vezicii urinare (de colectare si evacuare a urinei) este mai putin frecventa, iar nevoia de interventie chirurgicala este rara.

Chimioterapia*

Efectele secundare ale chimioterapiei sunt foarte frecvente. Acestea vor depinde de medicamentele administrate si de dozare, iar tipul si persistenta lor vor fi diferite pentru fiecare pacienta. Pentru pacientele care au suferit de alte probleme medicale in trecut, trebuie luate anumite precautii si/sau trebuie adaptat tratamentul. Combinarea mai multor medicamente duce de obicei la mai multe efecte secundare decat folosirea unui singur medicament. Pentru anumite efecte secundare, nu exista metode de prevenire sau de limitare, iar acest lucru trebuie discutat inainte cu medicii si asistentele.

Mai jos sunt listate efectele secundare generale care apar de obicei dupa utilizarea medicamentelor chimioterapeutice folosite cel mai des pentru tratarea cancerului ovarian. Natura, frecventa si severitatea efectelor secundare variaza pentru fiecare medicament in parte.

Cele mai frecvente efecte secundare sunt:

- caderea totala sau partiala a parului (cu exceptia carboplatinului*, pentru care acest efect secundar este rar)
- scaderea numarului de celule rosii, care poate duce la anemie*, sangerari, vanatai si infectii
- oboseala
- senzatia de greata si vomă.



Alte efecte secundare care pot aparea includ:

- afte sau ulceratii bucale
- pierderea sau modificarea gustului (aparitia unui gust metalic)
- diaree
- amorteala sau senzatie de intepaturi in degetele de la maini si de la picioare (neuropatie periferica*)
- dureri musculare si articulare
- usoare reactii alergice cu mancarime, inrosire a fetei, febra sau frisoane.
- inflamarea pielii din jurul branulei
- reactii cutanate, cu inrosire, modificarea culorii sau ingrosare.

Efecte secundare ocazionale:

- schimbări în funcționarea ficatului
- inflamarea plămânilor, ce provoacă tuse, dificultăți de respirație și dureri în piept (bleomicin*)
- constipație
- vedere încetosată
- reacții alergice severe
- hipotensiune arterială (care poate cauza amețea)
- ritm cardiac scăzut
- dureri abdominale
- dureri de cap.

În sfârșit, pentru femeile care au suferit o operație cu păstrarea fertilității, trebuie reținut că anumite medicamente citostatice pot afecta ovarul rămas și pot cauza infertilitate. De asemenea, anumite citostatice pot afecta bebelușul din pântec, în cazul în care pacienta este gravidă, și/sau pot avea un efect negativ asupra copilului dacă acesta este alăptat, deoarece pot trece în laptele matern.

În plus, fiecare medicament poate avea diferite efecte secundare nedorite. Cele mai frecvente sunt listate mai jos, deși nu fiecare pacientă va suferi de efecte secundare sau le va experimenta în același fel.

Paclitaxelul* poate cauza neuropatie periferică*, dependentă de doza administrată, de durata infuziei și de programul de administrare. Simptomele care pot apărea includ înțepenirea, parestezia* și senzația de durere cu arsură în mâini și în picioare, ca și cum pacienta ar purta mănuși și șosete foarte fierbinți. Simptomele sunt de obicei simetrice și încep în general la nivelul tălpiilor și al picioarelor. Pacientele raportează de obicei apariția simultană a simptomelor în degetele de la mâini și de la picioare, dar au fost descrise și apariții asimetrice. Implicarea feței este mai puțin frecventă. Deși simptomele ușoare par să se îmbunătățească sau să dispară complet la câteva luni după oprirea terapiei, simptomele și deficitul au durat mai mult timp la pacientele care au dezvoltat neuropatie severă.

Carboplatinul* administrat împreună cu paclitaxel* crește riscul de neuropatie*.

Cisplatinul* poate duce la pierderea auzului și la afectarea rinichilor. Funcția renală este examinată prin analize de sânge înainte de începerea tratamentului. Pentru a preveni afectarea acesteia, este foarte important să se bea multă apă în timpul tratamentului.

Efectele secundare severe care pot apărea atunci când se folosește topotecan* includ reacții alergice severe, piele și unghii albastre sau neobișnuit de palide, febră, frisoane sau durere persistentă în gât, urinare dureroasă sau cu senzație de arsură, tuse persistentă sau severă, durere persistentă sau severă, înroșirea sau umflarea zonei unde s-a administrat injecția, dureri de stomac sau crampe persistente/severe, oboseală sau slăbiciune persistentă/severă, dificultăți de respirație, sângerări sau vanatai neobișnuite sau inexplicabile și îngălbenirea ochilor sau a pielii.

Efectele secundare frecvente ale bleomicinului* sunt frisoanele, confuzia, liniile negre pe unghii, caderea parului, senzatia de mancarime, pierderea poftei de mancare, inrosirea, inchiderea la culoare sau sensibilizarea pielii, aftele bucale, oboseala si pierderea in greutate. Doza de bleomicina care poate fi administrata este limitata, pentru ca exista posibilitatea dezvoltarii fibrozei pulmonare, care duce la dificultati de respiratie. Hipersensibilitatea la bleomicina a fost de asemenea recunoscuta, insa nu depinde de doza si apare de obicei la cateva ore dupa administrare.

Administrarea medicamentului numit ifosfamida* ar trebui insotita de un medicament care protejeaza tractul urinar. Trebuie cerut sfatul medicului daca apare sange in urina sau daca urina este inchisa la culoare, daca apar coma si starea de confuzie sau daca se produce o cantitate mai mica de urina. Medicamentul poate provoca, de asemenea, ingalbenirea pielii sau a ochilor.

Bevacizumab*

Cele mai comune efecte secundare ale bevacizumabului* sunt hipertensiunea, starea de slabiciune generalizata, durerea, durerile abdominale, greata si voma, lipsa poftei de mancare, constipatia, infectiile tractului respirator superior, numarul scazut de celule albe (care poate mari riscul aparitiei de infectii), proteinuria, sangerarile nazale, diareea, caderea parului, aftele bucale si durerile de cap.

Exista si complicatii rare, insa foarte grave ale folosirii terapiei cu bevacizumab*, care includ:

- perforatia gastrointestinala
- formarea unei fistule
- complicatiile vindecarii ranii
- sangerarile severe
- criza hipertensiva (tensiune arteriala foarte mare)
- sindromul nefrotic – o afectiune caracterizata prin niveluri foarte mari de proteine in urina (proteinurie), un nivel scazut de proteine in sange, umflare, in special in zona ochilor, a picioarelor si a mainilor; acest sindrom este cauzat de deteriorarea vaselor de sange mici de la nivelul rinichiului, care au functia de a filtra reziduurile si apa in exces din sange si de a le trimite la vezica urinara sub forma de urina.

CE SE INTAMPLA DUPA TRATAMENT?

Nu este un lucru rar ca pacientele care sufera de cancer sa experimenteze simptome asociate tratamentului dupa ce acesta s-a terminat.

- Pacientele pot suferi de anxietate, probleme cu somnul sau depresie si pot avea nevoie de suport psihologic.
- In timpul si dupa tratament, nutritia poate deveni problematica din cauza apetitului redus, a greturilor si a starii de rau generale
- Dificultatile de concentrare si problemele de memorie nu sunt neobisnuite ca efecte secundare ale chimioterapiei* intravenoase*.



Controalele medicale periodice

Dupa terminarea tratamentului medical, se vor propune vizite periodice care au ca scop:

- detectarea unei posibile recurente* si indicarea tratamentului adecvat.
- oferirea de informatii medicale, suport psihologic si indrumare catre suport specializat, pentru a optimiza revenirea la o viata normala.
- detectarea si prevenirea efectelor secundare ale tratamentului.

Din cauza eterogenitatii diferitelor tipuri de cancer ovarian, nu exista un singur protocol general acceptat care trebuie urmat de catre paciente.

Protocolul de urmarire pentru cancerul ovarian epitelial include istoricul starii generale de sanatate a pacientei si al simptomelor legate de boala, examinarea fizica ce include examinarea bimanuala pelviana* la fiecare 3 luni pentru primii 2 ani, la fiecare 4 luni in timpul celui de-al treilea an si la fiecare sase luni in al patrulea si al cincilea an. Masurarea nivelului de CA125 este util in urmarirea raspunsului corpului dupa terminarea chimioterapiei*, deoarece s-a demonstrat ca poate fi un semn al recurentei cancerului ovarian. Progresul sau recurenta* bolii bazate pe serul CA125 sunt definite pe baza cresterii seriale progresive a serului CA125. Valorile crescute trebuie sa fie confirmate de doua masuratori separate, obtinute la cel putin o saptamana distanta. Daca nivelul CA125 creste, chimioterapia poate fi amanata pana cand apar semnele sau simptomele tumorii recurente. Totusi, este important de observat ca o recurenta potential rezecabila poate fi semnalata de o crestere a nivelului de CA125, deci pacientele trebuie sa poata lua o alegere informata.

Tomografia computerizata* poate fi efectuata daca exista dovezi clinice sau bazate pe nivelul CA125 care sa indice o boala progresiva. Tomografia computerizata cu emisie de pozitroni* (PET-CT) pare sa fie superioara scanarii CT in detectarea mai multor locuri afectate de tumoare, in special la nivelul nodulilor limfatici, al peritoneului* si in ce priveste boala subcapsulara* a ficatului.

Elemente specifice ale controalelor ulterioare efectuate pacientelor cu cancer ovarian non-epitelial

In mod normal, controalele sunt la fel cu acelea pentru carcinomul ovarian epitelial, desi in anumite cazuri ele pot varia. Vizitele trebuie sa includa notarea istoricului starii generale de sanatate a pacientelor si a simptomelor legate de boala, examinarea fizica cu examinare pelviana* si markeri tumorali la fiecare 3 luni pentru primii doi ani, apoi la fiecare 6 luni in timpul urmatoarelor trei. O ecografie pelviana* trebuie facuta la fiecare 6 luni pentru pacientele care au suportat operatii cu pastrarea fertilitatii, in timp ce o scanare CT* a abdomenului si a pelvisului este facuta de obicei conform indicatiilor clinice. Aproximativ 75% din recurente tumorale cu celule germinale apar in primul an dupa tratamentul initial. La polul opus, natura indolenta a tumorilor stromale de cordoane sexuale cu tendinta de recurenta tarzie (timpul mediu al recurentei este de aproximativ 4-6 ani) necesita o urmarire pe termen lung. Mai multe rapoarte descriu recurente care apar la mai mult de 20 de ani (pana la 37 de ani) dupa diagnosticare.

Multe tumori cu celule granuloase* sunt tumori care cresc incet si ar putea reaparea dupa multi ani, de multe ori pana la 20 de ani dupa diagnosticare. Masurarea estradiolului*, a hormonului luteinizant (LH), a hormonului de stimulare foliculara (FSH) si a inhibinei* este folosita, insa aceste masuratori sunt mai sigure la pacientele aflate in perioada de postmenopauza si la pacientele carora le-au fost indepartate ambele ovare.

La pacientele cu tumori ovariene neuroendocrine*, o scanare cu octreotid (octreoscanare) este efectuata postoperator pentru a se detecta celulele tumorale care ar putea sa fi ramas in alte parti ale corpului (a se vedea si paragraful "Cum este diagnosticat cancerul ovarian"). Un medicament etichetat ca radio-activ numit octreotid este administrat intravenos*; medicamentul se ataseaza la celulele tumorale neuroendocrine* din corpul pacientei, iar aceasta tehnica permite testarea si vizualizarea clara a celulelor tumorale neuroendocrine de oriunde din corp. Abordarea standard cuprinde si analiza hormonului GUT*.

La pacientele tratate pentru o *tumoare cu celule germinale*, masurarea nivelurilor de hCG*, AFP* si LDH* poate ajuta la detectarea recurentei* bolii. Imagistica prin rezonanta magnetica (RMN)* a fost folosita mai des decat scanarea CT* pentru a evita iradierea la acest grup de paciente care, de obicei, sunt tinere.

La pacientele cu tumori struma ovarii malignum, este necesara examinarea clinica si inlocuirea hormonului tiroidian* in doze care anuleaza in totalitate hormonul de stimulare tiroidiana (TSH). Masuratorile in serie ale nivelului tireoglobulinei* (Tg) au inlocuit scintigrafia cu iod radioactiv* a intregului corp. Se vor efectua controale periodice pe toata durata vietii, in principal pentru a masura functia tiroidei si nivelul Tg.

Controalele recomandate pentru pacientele tratate pentru carcinoame cu celule scuamoase care iau nastere din chisturi dermoide* se efectueaza la 5 ani, cu examinari clinice si imagistice.

Revenirea la o viata normala

Revenirea la o viata normala poate fi dificila, stiind ca boala poate reveni.

Vizitele periodice la medic le ofera pacientelor oportunitatea de a obtine informatii medicale, suport psihologic si indrumare catre institutiile care ofera suport specializat. Sfaturile suplimentare din partea unui psiholog specializat pot fi de mare ajutor, iar unele paciente pot gasi sprijin in cadrul grupurilor de paciente sau pot gasi informatii in media. Dieteticienii pot oferi suport pentru o alimentatie adecvata, iar asistentii sociali pot ajuta la gasirea resurselor necesare pentru o reintegrare de succes.

Pot aparea ingrijorari in legatura cu un posibil risc pentru rudele pacientelor. In majoritatea cazurilor, riscul este foarte mic pentru rude, deoarece 90% din cancerele ovariene nu sunt legate de mutatii genetice*. Totusi, pacientele care sufera de cancer provocate de mutatii genetice si cele care sunt ingrijorate de aceasta posibilitate ar trebui sa isi consulte medicul pentru a afla ce este recomandat pentru rudele lor.

Ce se intampla daca boala revine?

Atunci cand cancerul revine, fenomenul se numeste "recurenta*". Decizia privind planul de tratament va depinde de tipul de cancer ovarian, de momentul recurentei si de natura ei, de masura in care pacienta a primit si a raspuns la chimioterapie* in trecut si de starea generala de sanatate a pacientei. Acesti factori trebuie stabiliti cu grija pentru fiecare pacienta in parte.

In plus, o atentie deosebita trebuie acordata efectelor secundare ale tratamentului, care pot deveni mai importante atunci cand tratamentul se intensifica. Pacientele care primesc din nou o combinatie chimioterapeutica de platina/paclitaxel* la mai putin de un an dupa parcurgerea primului ciclu au un risc semnificativ de a dezvolta efecte adverse toxice ale sistemului nervos*.

Ca parte a planului de tratament personalizat, medicul va discuta permanent optiunile realiste de tratament pentru fiecare pacienta in parte. Atunci cand este posibil, preferintele pacientei ar trebui respectate in alegerea optiunii de tratament.

In functie de situatia individuala, tratamentul pentru **cancerul ovarian epitelial** recurent poate include urmatoarele abordari:

- **Rezectia chirurgicala a tumorii recurente**

Aceasta poate fi luata in calcul la pacientele care au raspuns bine la tratamentul cu chimioterapie din trecut, in special la cele care prezinta o recurenta izolata, la mult timp dupa incheierea tratamentului initial si care au in rest o stare de sanatate buna. Interventia chirurgicala poate fi necesara pentru a elimina simptomele, de exemplu ocluzia intestinala cauzata de tumoare.

- **Chimioterapia**

Alegerea tipului de chimioterapie depinde de timpul scurs intre ultima doza de chimioterapie bazata pe platina administrata pentru prima data si momentul recurentei bolii. Cele patru categorii definite conform acestui interval de timp sunt descrise mai jos, impreuna cu optiunile de tratament pentru fiecare situatie.

Boala este considerata **refractara la platina** atunci cand tumoarea progreseaza in timpul chimioterapiei sau in termen de patru saptamani dupa ultima doza si **rezistenta la platina** atunci cand apare o recurenta la mai putin de sase luni dupa ultima doza. Planul de tratament pentru aceste paciente ar trebuie sa fie axat pe suportul paliativ individual, care sa mentina si/sau sa imbunatateasca nivelul de calitate al vietii si sa controleze simptomele. Medicamentele care pot fi folosite sunt paclitaxelul, topotecanul, doxorubicina lipozomala pegilata* si gemcitabina. Pentru ca niciun tratament nu s-a dovedit superior celorlalte, alegerea tratamentului trebuie sa fie bazata pe nevoile pacientei, dupa discutarea efectelor secundare asteptate si a usurintei de administrare a medicamentului. Nu exista niciun beneficiu in combinarea mai multor medicamente in acelasi timp.

Boala este considerata **partial sensibila la platina** atunci cand recurenta apare intre 6 si 12 luni de la ultima doza si **sensibila la platina** atunci cand recurenta apare dupa mai mult de 12 luni de la ultima doza. Aceste paciente au o probabilitate ridicata de a raspunde din nou la chimioterapia bazata pe platina*. Optiunea preferata este o combinatie de carboplatin si paclitaxel, in sa alte combinatii pot fi propuse dupa discutarea efectelor secundare asteptate si a usurintei de administrare a medicamentelor. Combinatia de carboplatin si doxorubicina lipozomala pegilata* in mod special a demonstrat rate mai mici de efecte secundare de durata. Pacientele cu o boala partial sensibila la platina pot beneficia, de asemenea, de tratamentul cu o combinatie de trabectedin* si doxorubicina lipozomala pegilata.

- **Terapia tintita***

La momentul revenirii bolii, bevacizumabul* poate fi recomandat pacientelor cu o boala sensibila la platina daca acestea nu au mai primit bevacizumab inainte. Beneficiul bevacizumabului la momentul recurentei pentru pacientele cu o boala refractara la platina este incert.

Tratamentul recurentei **cancerelor non-epiteliale** trebuie evaluat pentru fiecare subtip in parte. Recomandarile pentru situatii specifice includ:

- Pentru **cancerile cu celule mici**, tratamentul recurentei este bazat pe ifosfamida* (vincristina*, ifosfamida*, carboplatin* si etoposid* sau VICE). La pacientele cu o stare generala de sanatate precara, chimioterapia* cu ciclofosfamida, doxorubicina*, vincristina* si etoposid (CAVE) este o optiune.
- La pacientele cu **tumori cu celule germinale** care au fost tratate in trecut cu platina si care au avut o recurenta la mai mult de 6 luni dupa terminarea chimioterapiei, ar trebui luat in considerare regimul cu ifosfamida/platina (IP), cu sau fara paclitaxel. Regimurile de chimioterapie si mai active cuprind: vinblastina, ifosfamida si cisplatina (VeIP) sau cisplatina, vinblastina si bleomicin (PVB). Pacientele care au avut o recurenta la mai putin de 6 luni dupa terminarea chimioterapiei bazate pe platina pot primi vincristina, actinomicina D si ciclofosfamida (VAC) sau paclitaxel si gemcitabina. Nu este clar daca o noua interventie de debulking* poate fi benefica. Aceasta ar putea avea anumite beneficii la unele paciente, in special la cele cu teratoame juvenile si sindromul teratomului in crestere.
- La pacientele cu carcinosarcoame* ale ovarelor, ifosfamida* a dovedit efecte in cazul recurentelor.

- La pacientele cu tumori stromale si de cordoane sexuale, carboplatinul* si paclitaxelul* au demonstrat efecte din postura de chimioterapie de a doua linie. Utilitatea chimioterapiei la pacientele cu tumori Sertoli-Leydig persistente nu este clara, insa s-au raportat anumite imbunatatiri ale starii pacientelor. Deoarece tumorile cu celule granuloase produc receptori de hormoni steroizi, a fost luata in calcul terapia hormonala. Intr-adevar, anumite paciente tratate cu agonisti ai hormonului de eliberare a gonadotropinei, tamoxifen, progestine si inhibitori de aromataza au demonstrat beneficii in urma acestor terapii.
- La pacientele cu carcinoame cu celule scuamoase care apar dintr-un chist* dermoid*/teratom, iradierea pelviana este folosita in cazul unei recurente pelviene izolate.

DEFINITIILE TERMENILOR MEDICALI

5- fluorouracil

Medicament folosit pentru tratarea simptomelor cancerului de colon, de san, de stomac si de pancreas. Este folosit si sub forma de crema, pentru a trata anumite boli de piele. 5-fluorouracilul opreste productia de ADN* de catre celule si poate distruge celulele canceroase. Este un tip de antimetabolit si se mai numeste 5-FU sau fluorouracil.

Alfa-fetoproteina (AFP)

Proteina care este in mod normal produsa de fat. Nivelul de AFP este de obicei nedetectabil in sangele adultilor (barbati sau femei care nu sunt gravide). Un nivel ridicat de AFP sugereaza prezenta unui cancer de ficat primar sau a unei tumori cu celule germinale.

Adenomioza

Afectiune in care tesutul endometrial care alcatuieste captuseala normala a uterului si ar trebui sa se gaseasca doar acolo apare si in muschiul uterului, provocand durere, disconfort si, uneori, sangerari excesive in timpul menstrelor.

ADN

Prescurtarea de la acid dezoxiribonucleic. ADN-ul poarta informatia genetica.

Androgen

Un tip de hormon care promoveaza dezvoltarea si mentinerea caracteristicilor sexuale masculine.

Anemie

Boala caracterizata prin diminuarea globulelor rosii* sau a hemoglobinei (fierul care contine hemoglobina duce oxigenul de la plamani in tot corpul, iar acest proces este diminuat de afectiunea in cauza).

Anestezie

Stare reversibila de pierdere a constientei, in care pacientul nu simte durere, nu are reflexe normale si raspunde mai putin la stres. Starea este indusa artificial prin folosirea anumitor substante cunoscute drept *anestezice*. Poate fi completa sau partiala si permite pacientilor sa treaca prin operatie.

Anticorpi monoclonali

Anticorpii monoclonali sunt anticorpi identici, deoarece sunt produsi de clone ale aceleasi celule parinte.

Apendice

Sac mic, sub forma de deget, cu care se incheie cecul (prima parte a intestinului gros, din apropierea intestinului subtire).

Ascita

Acumulare anormala de lichid in abdomen, care poate cauza umflarea acestuia. In stadiile avansate de cancer, se pot gasi celule tumorale in lichidul din abdomen. Ascita apare si la pacientii cu boli de ficat.

Benign

Pentru o tumoare, benign inseamna necanceros. Tumorile benigne pot creste in dimensiuni, insa nu se raspandesc in alte parti ale corpului. Se numesc si non-maligne.

Bevacizumab

Este un anticorp monoclonal* care a fost creat pentru a recunoaste si a se atasa de o anumita structura (numita antigen), care se gaseste in anumite celule din corp sau care circula in corp. Bevacizumab a fost creat pentru a se atasa de VEGF* (vascular endothelial growth factor – factorul de crestere endotelial vascular), o proteina care circula in sange si face vasele de sange sa creasca. Prin atasarea de VEGF, medicamentul o dezactiveaza. Prin urmare, celulele canceroase nu-si pot dezvolta propria rezerva de sange si mor din cauza lipsei oxigenului si a nutrientilor, ceea ce ajuta la scaderea ritmului de crestere a tumorilor.

Biopsie

Inlaturarea unor celule sau tesuturi* pentru examinarea lor de catre un patolog*. Medicul poate studia tesutul* la microscop sau poate efectua alte teste. Exista mai multe tipuri de proceduri pentru biopsie. Cele mai comune includ: (1) biopsie incizionala, in care numai o mostra de tesut* este prelevata; (2) biopsie excizionala, in care este inlaturata intreaga zona cu probleme si (3) biopsie cu acul, in care o mostra de tesut sau de lichid este prelevata cu un ac. Cand se foloseste un ac gros, procedura se numeste *punctie tisulara* (core biopsy). Cand se foloseste un ac subtire, procedura se numeste aspiratie cu ac fin.

Bleomicin

Ingredientul activ dintr-un medicament utilizat pentru tratarea multor tipuri de cancer; este studiat si in tratamentul altor tipuri. Provine din bacteria *Streptomyces verticillus* si deterioreaza ADN-ul, avand posibilitatea de a ucide celulele canceroase cu crestere rapida. Este un tip de antibiotic antineoplasic.

Boala inflamatorie pelviana

Afectiune in care organele reproducatoare feminine sunt inflamate. Poate afecta uterul, trompele uterine, ovarele si anumite ligamente. Boala inflamatorie pelviana este provocata de obicei de o infectie bacteriana si poate provoca infertilitate si un risc marit de sarcina ectopica (sarcina care se dezvolta in trompele uterine).

Carboplatin

Medicament folosit pentru tratarea cancerului ovarian avansat care nu a mai fost tratat sau a simptomelor de cancer ovarian care au revenit dupa tratarea cu alte medicamente anticancer. De asemenea, este folosit in combinatie cu alte medicamente pentru tratarea cancerului pulmonar fara celule mici avansat, metastatic* sau recurent* si este studiat in tratamentul altor tipuri de cancer. Carboplatinul este o forma a medicamentului anticancer numit cisplatin* si are mai putine efecte adverse la pacientii. Se ataseaza de ADN-ul* celulelor si poate ucide celulele canceroase. Este un tip de compus al platinei.

Carcinosarcom

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

Cariotip

Setul (numarul si aspectul) de cromozomi sau material genetic al unei celule.

Celula germinala

Celulele germinale sunt celulele responsabile pentru reproducere; ele includ ovulele si spermatozoizii.

Celule granuloase

Celule secretoare de estrogen care fac parte din tesutul care captureaza foliculii ovarieni. Acestea furnizeaza nutrienti ovulului (oocitului) implicat in reproducere.

Celule Leydig

Tip de celule care fac parte din structura tubulilor testiculelor. Acestea produc testosteron in prezenta hormonului luteinizant (LH - luteinizing hormone).

Celule Sertoli

Celule de sustinere care se gasesc in testicule. Celulele Sertoli apar din cordonul sexual, structura embrionica ce se dezvolta ulterior in testicule la barbati si ovare la femei.

Celule tecale

Celule care formeaza un strat exterior al foliculului ovarian in dezvoltare (un folicul ovarian contine un ovul, care este fundamental pentru sistemul reproducator feminin). Celulele tecale contribuie la producerea de hormoni asociati cu reproducerea.

Chimioterapie

Tip de tratament pentru cancer care foloseste medicamente pentru a distruge celulele canceroase si/sau a le limita cresterea. Aceste medicamente sunt administrate de obicei pacientilor prin perfuzare lenta in *vena*, dar pot fi administrate si oral, prin perfuzie directa in membru sau prin perfuzare in ficat, in functie de localizarea cancerului.

Chimioterapie adjuvanta

Termenul „adjuvant” in cazul cancerului se refera la o terapie care ajuta o alta sa isi atinga scopul si ii intareste efectul. Spre exemplu, radio si/sau chimioterapia ajuta o operatie sa isi atinga scopul de a elimina o tumoare canceroasa.

Chist

Sac sau capsula din corp. Poate avea in ea lichid sau alt material.

Chist dermoid

Tip de tumoare benigna (necanceroasa) cu celule germinale (incepe in celulele care dau nastere spermatozoizilor sau ovulelor), care contine adeseori diferite tipuri de tesut, precum par, muschi si os. Se mai numeste teratom matur*.

Cisplatin

Medicament folosit pentru tratarea multor tipuri de cancer, care contine metalul numit platina. Ucide celulele canceroase prin alterarea ADN-ului* si impiedicarea divizarii acestora. Cisplatinul este un tip de agent alchilant.

Colostomie

Deschidere a colonului din exteriorul corpului. O colostomie ofera o noua cale pentru ca materiile fecale sa paraseasca organismul dupa inlaturarea unei parti din colon.

Contraindicatie

Afectiune sau simptom care nu permite administrarea unui anumit tratament sau a unei proceduri pentru un pacient. Contraindicatiile sunt fie absolute, ceea ce inseamna ca un tratament nu ar trebui administrat niciodata unui pacient cu boala sau simptomul respectiv, fie relative, ceea ce inseamna ca riscurile pot fi depasite de beneficii la unii pacienti cu boala sau simptomul in cauza.

Cortizol

Hormon produs de cortexul adrenal (stratul exterior al glandei adrenale). Acesta ajuta organismul sa utilizeze glucoza, proteinele si grasimile. Cortizolul produs in laborator se numeste hidrocortizon si este utilizat in tratarea multor afectiuni, precum inflamatiile, alergiile si unele cancere. Cortizolul este un tip de hormon glucocorticoid.

Cromozom

Structura organizata care codifica genele. Acestea sunt codul organismului pentru caracteristici precum culoarea parului sau genul. Celulele umane au 23 de perechi de cromozomi* (un total de 46). Celulele canceroase sau leucemice au adesea o anomalie cromozomiala care consta intr-o modificare a cromozomilor*; spre exemplu, duplicarea cromozomiala, care inseamna detinerea unui cromozom in plus (al 47-lea) sau pierderea unui cromozom (45 de cromozomi*). O inversie genetica sau cromozomiala apare atunci cand nu este adaugat sau sters niciun cromozom*, insa o portiune este inversata.

Dispepsie

Dispepsia este cunoscuta si sub denumirea de stomac incarcat. Este o afectiune care implica in principal durerea cronica sau recurenta in abdomenul superior, balonarea, arsurile sau greata. E o problema comuna, dar in cazuri rare poate fi un prim simptom al cancerului.

Diversiune chirurgicala (digestiva si urinara)

Redirectionarea fluxului urinar sau digestiv pe cale chirurgicala. Poate implica crearea unei deschideri in abdomen pe unde se va elimina continutul sistemului urinar sau digestiv, pentru a fi colectat intr-o pungă din afara corpului.

Docetaxel

Apartine unui grup de medicamente anticancer cunoscute drept taxani*. Docetaxel blocheaza abilitatea celulelor de a distruge "scheletul" interior care le permite sa se divida si sa se multiplieze. Datorita prezentei scheletului, celulele nu se pot divide si mor. Medicamentul afecteaza si celulele necanceroase, cum ar fi celulele sanguine, fapt care poate avea efecte secundare.

Doxorubicina

Medicament folosit pentru tratarea multor tipuri de cancer si studiat in tratarea altora. Provine din bacteria *Streptomyces peucetius*, afecteaza *ADN-ul** si poate ucide celulele canceroase. Este un tip de *antibiotic antitumoral din clasa antraciclinelor**. Se mai numeste Adriamicina PFS, Adriamicina RDF, doxorubicin hidroclorid, hidroxidaunorubicina si Rubex.

Doxorubicina lipozomala pegilata

Forma a medicamentului anticancer doxorubicina, inclus in particule foarte mici asemanatoare cu grasimile. Poate avea mai putine efecte adverse si poate functiona mai bine decat doxorubicina. Se mai numeste clorhidrat de doxorubicina lipozomala. Este utilizata in tratarea cancerului ovarian, a sindromului Kaposi legat de SIDA si a mielomului multiplu la pacientii a caror boala nu s-a ameliorat in urma tratamentului cu alte medicamente anticancer. Poate fi utilizata impreuna cu alte medicamente anticancer. Este studiata si in tratamentul altor tipuri de cancer. Clorhidratul de doxorubicina lipozomala este un tip de antibiotic antitumoral antraciclin.

Ecografie (examinare cu ultrasunete)

Procedura in care unde sonore de inalta frecventa se lovesc de tesuturile si organele interne si creeaza ecouri. Acestea apar pe ecranul ecografului, formand o imagine a tesuturilor numita sonograma. Se mai numeste si ultrasonografie.

Endometrioza

Afectiune benigna in care tesut asemanator celui endometrial creste in locuri anormale din abdomen.

Epiplon

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

Epiteliu

Termenul se refera la celulele care captureaza organele cavitare si glandele si la acelea care formeaza suprafata exterioara a corpului. Celulele epiteliale ajuta la protejarea organelor. Majoritatea produc mucus* sau alte secretii.

Estradiol

Estradiolul este un hormon sexual. In general, este considerat un hormon sexual feminin, dar se gaseste si la barbati. Estradiolul are multe utilizari, de exemplu este foarte important pentru dezvoltarea sanilor si pentru cresterea organelor de reproducere ale femeilor.

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.

Etoposid

Medicament utilizat in tratarea cancerului testicular si pulmonar cu celule mici. Este studiat si in tratamentul altor tipuri de cancer. Etoposidul blocheaza anumite enzime necesare pentru diviziunea celulara si repararea ADN-ului si poate ucide celulele canceroase. Este un tip de derivat de podofilotoxina si un tip de inhibitor al topoizomerazei.

Examinare ginecologica/pelviana

Examinare fizica in care medicul va palpa pentru a depista umflaturi sau modificari ale formei vaginului, cervixului, uterului, trompelor uterine, ovarelor si rectului. Medicul va folosi si un specul* pentru a deschide vaginul, a privi cervixul si a lua mostrele necesare pentru un test Papanicolau*.

Factor de crestere endotelial vascular (VEGF - Vascular endothelial growth factor)

Substanta produsa de celule, care stimuleaza formarea de vase noi de sange.

Fibrom uterin

Tumoare necanceroasa (benigna*) care se dezvoltă in peretele uterului.

Ganglion/nodul limfatic

Masa rotunda de tesut limfatic* inconjurata de o capsula de tesut conjunctiv. Nodulii limfatici filtreaza limfa (lichidul limfatic) si stocheaza limfocitele (globule albe). Sunt localizati de-a lungul vaselor limfatice si se mai numesc glande limfatice.

Gemcitabina

Ingredientul activ dintr-un medicament folosit pentru tratarea cancerului pancreatic avansat sau care s-a raspandit. Este, de asemenea, folosit impreuna cu alte medicamente pentru a trata cancerul mamar care s-a raspandit, cancerul ovarian avansat si cancerul pulmonar fara celule mici avansat sau care s-a raspandit. Este studiat si in tratarea altor tipuri de cancer. Gemcitabina blocheaza producerea de ADN de catre celule si poate ucide celulele canceroase. Este un tip de antimetabolit.

Glanda tiroidiana/tesut tiroidian

Glanda situata sub laringe (corzile vocale), care produce hormonul tiroidian si calcitonina. Glanda tiroidiana ajuta la reglementarea cresterii si a metabolismului. Se mai numeste si tiroida.

Gonada disgenetica/disgenezie gonadala

Dezvoltare anormala a unei gonade (ovar sau testicul). Barbatii cu disgenezie gonadala au un risc mai mare de a dezvolta cancer testicular. Disgenezia gonadala face parte de obicei dintr-un sindrom genetic.

GUT (analiza hormonală)

Grup de hormoni produsi in stomac, pancreas si intestine, numiti si hormoni GUT.

Gonadotropina corionica umana (hCG - Human chorionic gonadotropin)

Hormon gasit in sange si urina in timpul sarcinii. Poate fi intalnit in cantitati mai mari decat cele normale la pacientii cu anumite tipuri de cancer, inclusiv cel testicular, ovarian, hepatic, de stomac si de plamani si in alte afectiuni. Masurarea cantitatii de gonadotropina corionica beta-umana din sangele sau urina pacientelor bolnave de cancer poate ajuta la diagnosticarea cancerului si poate indica daca tratamentul pentru cancer functioneaza. Gonadotropina corionica beta-umana este un tip de marker tumoral. Se mai numeste beta-hCG.

Hiperplazie

Creștere anormală a numărului de celule normale dintr-un organ sau țesut.

Histerectomie

Procedura chirurgicală pentru înlăturarea uterului și, uneori, a colului uterin. Dacă atât uterul, cât și cervixul sunt înlăturate, se numește histerectomie totală sau simplă. Dacă numai uterul este înlăturat, se numește histerectomie parțială sau supracervicală. Histerectomia radicală implică înlăturarea uterului, a cervixului și a unei părți din vagin. De asemenea, pot fi înlăturate ovarele, trompele uterine și nodulii limfatici* din apropiere.

Histeroscopia

Examinarea cavității uterine prin cervix, cu ajutorul unui tub subțire numit endoscop. Această procedură poate fi utilizată în diagnosticarea bolilor cavității uterine, precum și în sprijinul unei intervenții chirurgicale.

Ifosfamida

Medicament utilizat împreună cu altele în tratarea cancerului testicular cu celule germinale care nu a răspuns la tratamentul anterior cu alte medicamente. Este studiat și în tratarea altor tipuri de cancer. Ifosfamida se atașează de ADN-ul din celule și poate ucide celulele canceroase. Este un tip de agent alchilant și un tip de antimetabolit.

Ileostomie

Deschidere a ileonului, o parte din intestinul subțire, realizată din exteriorul corpului. O ileostomie oferă o nouă modalitate ca materialele excretate să parasească organismul după eliminarea unei părți din intestin.

Imunohistochimie

Tehnica utilizată pentru a identifica anumite molecule în diferite tipuri de țesut. Țesutul este tratat cu anticorpi care se atașează de moleculele în cauză, iar acestea sunt vizualizate la microscop utilizând o reacție de colorare, un radioizotop, aur coloidal sau o vopsea fluorescentă. Imunohistochimia se utilizează pentru a diagnostica boli precum cancerul și a detecta prezența microorganismelor. În plus, este utilizată în cercetare pentru a înțelege modul în care cresc și se diferențiază (devin mai specializate) celulele.

Incidenta

Numărul de cazuri noi diagnosticate în fiecare an dintr-o anumită boală.

Inhibina

Hormon care aparține familiei de hormoni TGFβ (transforming growth factor beta – factor de transformare al creșterii beta) produși în special de ovare. Reglează sinteza de FSH și inhibă secreția de FSH, având activitate supresoare asupra tumorilor.

Inhibina constă în două subunități, alfa și beta A sau beta B (inhibina A și B). Inhibina și unitatea alfa liberă sunt produse cunoscute ale unor tumori ovariene, astfel că pot fi utilizate ca markeri ai bolii.

Intravenos

În interiorul unei vene. Se referă de obicei la o modalitate de administrare a unui medicament sau a unei alte substanțe printr-un ac sau tub inserat într-o venă. Se mai numește și IV.

Invaziv

Cancer care s-a extins dincolo de stratul de tesut in care s-a dezvoltat si creste in tesuturile sanatoase inconjuratoare.

Iod radioactiv

Forma radioactiva de iod utilizata adeseori pentru teste imagistice sau pentru a trata tiroida hiperactiva, cancerul tiroidian si alte tipuri de cancer. Pentru testele imagistice, pacientul ia o doza mica de iod radioactiv, care se aduna in celulele tiroidiene si in anumite tipuri de tumori si poate fi detectata de un scanner. Pentru a trata cancerul tiroidian, pacientul ia o doza mare de iod radioactiv, care ucide celulele tiroidiene. Iodul radioactiv este utilizat si in terapia interna cu radiatii, pentru cancer de prostata, melanom intraocular (al ochiului) si tumori carcinoide. Iodul radioactiv este administrat oral, sub forma de lichid sau in capsule, prin perfuzie sau sigilat in mici capsule care sunt plasate in interiorul sau in apropierea tumorii, pentru a ucide celulele canceroase.

Lactat dehidrogenaza (LDH)

Una dintr-un grup de enzime care se gasesc in sange si alte tesuturi ale corpului si sunt implicate in productia de energie din celule. O cantitate mare de lactat dehidrogenaza in sange poate fi un semn de afectare a tesuturilor, de cancer sau alte boli. Se mai numeste dehidrogenaza acidului lactic si LDH.

Laparoscopie

Operatie in care instrumentele chirurgicale sunt introduse in abdomen sau in pelvis* prin incizii mici si cu ajutorul unei camere video. Este un tip de operatie prin gaura cheii.

Laparotomie

Incizie chirurgicala facuta in peretele abdominal.

Lavaj peritoneal

Procedura realizata in timpul operatiei, care presupune introducerea unei solutii saline in cavitatea peritoneala* si apoi inlaturarea ei prin aspiratie. Fluidul inlaturat este apoi analizat in laborator pentru a se cauta celule canceroase.

Legarea trompelor uterine

Operatie pentru legarea trompelor uterine. Aceasta procedura impiedica sarcinile, blocand trecerea ovulelor de la ovare la uter.

Limfadenectomie

Procedura chirurgicala in care sunt inlaturati nodulii limfatici* si o mostra de tesut este verificata la microscop pentru semne de cancer. Pentru o disectie a nodulilor limfatici regionali, unii dintre nodulii limfatici din zona tumorii sunt inlaturati; in cazul unei disectii radicale a nodulilor limfatici, majoritatea sau toti nodulii limfatici din zona tumorii sunt inlaturati. Se mai numeste disectie a nodulilor limfatici.

Malign

Termen folosit pentru a descrie o boala severa sau care se agraveaza progresiv. O tumoare maligna este sinonima cu cancerul.

Marker

Indicatie de diagnostic care arata ca se poate dezvolta o anumita boala.

Medicament pentru fertilitate

Medicament utilizat pentru a mari capacitatea de a produce urmasi. La femei, aceste medicamente stimuleaza ovulatia.

Menarha

Primul ciclu menstrual din viata unei femei. Are loc de obicei in timpul pubertatii.

Menopauza

Perioada din viata in care ovarele femeilor nu mai produc hormoni, iar ciclurile menstruale se opresc. Menopauza naturala apare, de obicei, in jurul varstei de 50 de ani. Se considera ca o femeie este la menopauza atunci cand nu a mai avut ciclu menstrual pentru 12 luni consecutive. Simptomele menopauzei includ bufeuri, schimbari de dispozitie, transpiratii noscturne, uscaciune vaginala, probleme de concentrare si infertilitate.

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* si contine celule similare celor din tumoarea originala.

Mezenter/membrana mesenterica

Membrana peritoneala* care ataseaza intestinalele de peretele abdominal din spate.

Mutatie

Schimbare a secventei de perechi de baza din ADN* care alcatuiesc o gena. Mutatiile dintr-o gena nu schimba neaparat gena definitiv.

Neuroendocrin (tumoare neuroendocrina)

Care are legatura cu interactiunile dintre sistemul nervos si sistemul endocrin. Termenul de neuroendocrin descrie anumite celule care elibereaza hormoni in sange, ca raspuns la stimularea sistemului nervos.

Neuropatie periferica

Problema neurologica ce cauzeaza durere, amorteala, furnicaturi, umflare sau slabiciune musculara in diferite parti ale corpului. De obicei incepe la nivelul mainilor sau al picioarelor si se agraveaza in timp. Neuropatia periferica poate fi cauzata de o leziune fizica, de o infectie, de substante toxice, de boli (cum ar fi cancerul, diabetul*, insuficienta renala sau malnutritia) sau medicamente, inclusiv de medicamente anticancer. Se mai numeste neuropatie.

Noduli paraaortici / regiune paraaortica

Grup de noduli limfatici* situati in fata vertebrei lombare din apropierea aortei.

Operatie de debulking (de reducere)

Rezectie chirurgicala a unei parti cat mai mari din tumoare. Reducerea poate mari sansele ca terapia prin radiatii sau chimioterapia sa ucida toate celulele canceroase. Se poate efectua si pentru a diminua simptomele sau pentru a ajuta pacienta sa traiasca mai mult. Se mai numeste reducere a tumorii.

Opinie multidisciplinara (Abordare multidisciplinara)

Planificare a tratamentului in care mai multi medici experti in diferite discipline (specialitati medicale) discuta boala si optiunile de tratament pentru un pacient. In tratarea cancerului, o opinie multidisciplinara poate include un oncolog medical (care trateaza cancerul cu medicamente), un chirurg oncolog (care opereaza cancerul in cauza) si un oncolog radiolog (care trateaza bolnavul cu *radiatii*). Se mai numeste si consiliu pentru tumori/board tumoral.

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 antimitotic.

Paliativ (terapie paliativa)

Tratament administrat pentru a ameliora simptomele si a reduce suferinta provocata de cancer si de alte boli care pun in pericol viata. Terapiile paliative pentru cancer sunt administrate impreuna cu alte tratamente pentru cancer, din momentul diagnosticarii, pe tot parcursul tratamentului, al supravietuirii, al bolii recurente* sau avansate si la sfarsitul vietii.

Parestezie

Senzatie tactila anormala, cum ar fi cea de arsura sau de intepatura, care apare fara stimuli externi.

Patolog

Medic specializat in histopatologie, studiul celulelor si tesuturilor bolnave prin folosirea microscopului.

Pelvis

Partea inferioara a abdomenului, situata intre oasele bazinului.

Peritoneal

Care are legatura cu peritoneul parietal (tesutul care captuseste peretele abdominal si cavitatea pelviana) si peritoneul visceral (tesutul care acopera majoritatea organelor din abdomen, inclusiv intestinele). Chimioterapia intraperitoneala este tratamentul administrat in peritoneu.

Peritoneu

Tesutul care captuseste peretele abdominal si acopera majoritatea organelor din abdomen.

Premalign

Termen utilizat pentru a descrie o afecțiune care poate (sau are un risc mare) să se transforme în cancer. Se mai numește și precanceros.

Prognostic

Modalitatea probabilă în care va evolua o boală; probabilitatea de recuperare sau de recurență*

Proteine

Nutrienți esențiali compusi din aminoacizi, esențiali pentru funcționarea multor organisme, inclusiv a celui uman. Proteinele sunt raspunzătoare pentru transportul și comunicarea dintre celule, pentru schimburile chimice și menținerea structurii celulelor.

Proteine calretinine

Proteine dependente de vitamina D și care se atasează de calciu. Există în număr mare la nivelul neuronilor. Calretinina este prezentă și în celulele producătoare de steroizi, precum anumite celule ovariene. Măsurarea nivelului acestora în țesutul ovarian poate ajuta la diagnosticarea exactă a anumitor tumori ovariene.

Proteine CD99

Proteine prezente în aproape toate țesuturile umane și produse în cantități mari de anumite cancere. Măsurarea nivelului acestora în țesutul ovarian poate ajuta la diagnosticarea exactă a anumitor tumori ovariene.

Proteina MelanA

Proteine prezente pe melanocitele normale (celulele care compun pigmentul numit melanina) din piele și din retina. Se mai găsește și pe majoritatea melanoamelor (cancere care încep în melanocite). Vaccinurile care utilizează părți ale proteinei Melan-A sunt studiate pentru abilitatea lor de a stimula răspunsul imun la celulele canceroase în cazul pacienților cu melanom. Se mai numește antigen MART-1 și Antigen al melanomului recunoscut de celulele T1.

Recurența

Cancer sau boală (de obicei autoimună) care a revenit, de regulă după o perioadă în care nu a mai fost prezentă sau nu a mai putut fi detectată. Acest lucru se poate întâmpla în același loc unde boala a apărut inițial (primar) sau în altă parte a corpului. Se mai numește boală recurență sau cancer recurent.

Regim medicamentos pe baza de platina

Tratament care folosește medicamente derivate din elementul numit platina. Include cisplatin*, carboplatin și oxaliplatin.

Revarsat pleural

Acumulare anormală de lichid între straturile subțiri de țesut (pleura) care captusec plămânii și peretele cavității toracice.

RMN

Tehnica imagistică folosită în medicină, care utilizează rezonanță magnetică. Uneori, se injectează un lichid care mărește contrastul dintre diferite țesuturi*, pentru a face anumite structuri mai vizibile.

Salpingo-ooforectomie bilaterală

Intervenție chirurgicală pentru eliminarea ambelor ovare și trompe uterine.

Santuri paracolice

Spațiile dintre colonul ascendent și descendent (partile laterale ale colonului) și peretele abdominal.

Sindrom Cushing

Afectiune în care există prea mult cortizol* în organism. Sindromul Cushing poate fi provocat de administrarea prea multor medicamente de tipul steroizilor sau de anumite tipuri de tumori. Tumorile care produc hormonul adrenocorticotropic (ACTH) determină glanda adrenală să producă prea mult cortizol*. Simptomele sindromului Cushing includ o față rotundă, brațe și picioare slabe, oboseală și slăbiciune musculară severă, hipertensiune arterială, glicemie ridicată, vergeturi violacee sau rozalii pe piele și creștere în greutate, în special în zona abdomenului.

Sistem nervos

Rețeaua organizată de țesut nervos din organism. Include sistemul nervos central (creierul și măduva spinării), sistemul nervos periferic (nervii care se extind de la coloana vertebrală în restul corpului) și alte țesuturi nervoase.

Studiu clinic

Tip de cercetare care testează cât de bine funcționează noile abordări medicale asupra oamenilor. Aceste studii testează noi metode de screening, prevenire, diagnostic sau tratament al unei boli.

Subcapsular (boala hepatică subcapsulară)

Zona de sub membrană externă care acoperă ficatul. Se referă la patologii dezvoltate în zona respectivă.

Terapie de substituție cu hormoni

Terapie în care se administrează hormoni pentru a ameliora anumite simptome, cum sunt cele ale menopauzei.

Terapie țintită

Tip de tratament care folosește medicamente și alte substanțe, cum ar fi anticorpii monoclonali*, pentru a identifica și a ataca anumite celule canceroase. Terapiile țintite pot avea mai puține efecte adverse decât alte tipuri de tratamente pentru cancer.

Teratom

Tip de tumoră cu celule germinale care poate conține diferite tipuri de țesut, cum ar fi păr, mușchi și os. Teratoamele apar cel mai adesea în ovare la femei, în testicule la bărbați și în coccis la copii. Nu toate teratoamele sunt maligne.

Testosteron

Hormon produs în principal în testicule, o parte a sistemului reproducător masculin. Este necesar pentru dezvoltarea și menținerea caracteristicilor sexuale masculine, cum ar fi părul facial, vocea joasă și creșterea mușchilor. Poate fi produs și în laborator și este folosit pentru tratarea anumitor afecțiuni medicale.

Tip histologic

Categoria din care face parte o tumoare, in functie de caracteristicile celulelor si ale altor structuri vazute la microscop.

Tireoglobulina (Tg)

Forma pe care o ia hormonul tiroidian atunci cand este stocat in celulele tiroidei. Daca tiroida a fost inlaturata, tireoglobulina nu ar trebui sa apara la o analiza de sange. Medicii masoara nivelul de tireoglobulina din sange pentru a detecta celulele canceroase tiroidiene ramase in corp dupa tratament.

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 cu partile corpului.

Tomografie cu emisie de pozitroni (PET)

Procedura in care o cantitate mica de glucoza radioactiva (zahar radioactiv) este injectata intr-o vena, iar un scanner este folosit pentru a crea imagini computerizate detaliate ale zonelor din interiorul corpului unde este folosita glucoza. Dat fiind faptul ca, adesea, celulele canceroase folosesc mai multa glucoza decat cele normale, imaginile pot fi folosite pentru a gasi celule canceroase in corp. Se mai numeste scanare PET.

Topotecan

Medicament anticancer care apartine grupului inhibitorilor de topoizomeraza. Acesta blocheaza o enzima numita topoizomeraza I, care este implicata in procesul de divizare a ADN-ului. Atunci cand enzima este blocata, lanturile de ADN se rup. Acest lucru previne divizarea celulelor canceroase care, in final, mor.

Trabectedin

Medicament utilizat pentru tratarea pacientelor cu cancer ovarian care a recidivat si este sensibil la medicamentele care contin platina. Este utilizat in combinatie cu doxorubicina lipozomala pegilata* (alt tip de medicament anticancer). Se utilizeaza si pentru a trata pacientii cu sarcoame avansate ale tesuturilor moi, un tip de cancer care se dezvoltă din tesuturile moi de sustinere ale corpului, atunci cand tratamentul cu antracicline si ifosfamide (alte medicamente anticancer) nu mai functioneaza sau la pacientii carora nu li se pot administra aceste medicamente.

Tromboza venoasa profunda

Formarea unui cheag de sange intr-o vena profunda de la nivelul piciorului sau al pelvisului inferior*. Simptomele pot include durere, umflare, caldura sau roseata in zona afectata. Se mai numeste si DVT (deep vein thrombosis).

Tumoare borderline / Tumoare maligna ovariana borderline

Afectiune in care celule care pot deveni canceroase se formeaza in stratul subtire de tesut care acopera un ovar. In acest caz, celulele se extind rareori in afara ovarului. Se mai numeste tumoare ovariana cu potential malign redus.

Vincristina

Ingredientul activ dintr-un medicament folosit pentru tratarea leucemiei acute. Este folosit in combinatie cu alte medicamente pentru a trata boala Hodgkin, limfomul non-Hodgkin, rabdomiosarcomul, neuroblastomul si tumoarea Wilms. Vincristina este studiata si in tratamentul altor tipuri de cancer. Ea blocheaza cresterea celulara, oprind diviziunea celulara. Este un tip de alcaloid vinca si un tip de agent antimitotic.

Virilizare

Dezvoltarea de caracteristici sexuale secundare masculine, cum ar fi voce joasa, crestere a parului corporal si facial, micșorare a sanilor, marire a clitorisului si cadere a parului tipic masculina.

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

