

## RAK JAJNIKA

### PODSUMOWANIE ZALECEŃ OPRACOWANYCH W RAMACH ADAPTACJI NCCN

(POLAND EDITION OVARIAN CANCER Including Fallopian Tube Cancer and Primary Peritoneal Cancer VERSION 5.2022)

<b>Zalecenie</b>
<i>Siła zalecenia: wszystkie zalecenia posiadają kategorię 2a zgodnie z klasyfikacją NCCN chyba, że wskazano inaczej [*]</i>
<b>1. Diagnostyka</b>
1.1 W przypadku podejrzenia raka jajnika - trójpunktowa tomografia komputerowa (klatka brzuch, miednica)
1.2 W przypadku braku możliwości przeprowadzenia zabiegu cytoredukcji konieczność uzyskania materiału tkankowego celem weryfikacji histopatologicznej,
1.3 W przypadku braku możliwości przeprowadzenia zabiegu cytoredukcji oraz braku możliwości uzyskania materiału tkankowego konieczność potwierdzenia cytologicznego nowotworu wraz ze stosunkiem markerów nowotworowych CA125 do CEA jak 25 do 1.
1.4 Finalne potwierdzenie rozpoznania uzyskuje się w trakcie zabiegu operacyjnego, co pozwala: <ul style="list-style-type: none"><li>- na uzyskanie materiału histopatologicznego</li><li>- określenie stopnia zaawansowania w jamie brzusznej (I/II/ III B lub C wg FIGO)</li><li>- ocenę stopnia resekcyjności (możliwa poprzez ocenę laparoskopową)</li><li>- cytoredukcję</li></ul>
1.5 Raport badania histopatologicznego powinien obowiązkowo zawierać: typ histologiczny, stopień zaawansowania histopatologicznego (High grade (G2/G3)/ low grade (G1)). Pozwala to wyselekcjonować chore z typem surowiczym high-grade oraz endometrioidalnym high – grade oraz pozostałą grupę rzadszych postaci raka (jasnokomórkowe, śluzowe, MMMT, surowicze low grade, endometrialne G1, guzy o granicznej złośliwości, guzy germinalne i gonadalne)
1.6 Badanie molekularne w kierunku obecności mutacji genu BRCA1/2 jest czynnikiem predykcyjnym leczenia olaparybem (inhibitor PARP) pacjentek z rakiem high grade w stopniu III i IV. Jest czynnikiem rokowniczym we wszystkich stopniach zaawansowania oraz czynnikiem predyspozycji nowotworu w rodzinie.
1.7 Ocena występowania uszkodzenia systemu homologicznej rekombinacji jest czynnikiem predykcyjnym leczenia olaparybem (inhibitor PARP) wraz z bewacizumabem w stopniu III i IV u chorych bez mutacji w genach BRCA1/2*
<b>2. Ocena stopnia zaawansowania</b>
2.1 Jest kombinacją badań obrazowych oceniających istnienie rozsiewu poza jamę brzuszną oraz do narządów mięszzowych (wątroba i śledziona) oraz oceny śródoperacyjnej wraz z wynikiem raportu histopatologicznego.
2.2 W przypadku wczesnych stopni zaawansowania (I, IIA wg FIGO) elementem oceny stopnia zaawansowania jest limfadenektomia miedniczna i okołoaortalna do poziomu naczyń nerkowych.
<i>Komentarz: Zastosowanie pozytonowej emisyjnej tomografii (PET) NIE JEST W POLSCE W TYM WSKAZANIU REFUNDOWANE</i>
<b>3. Leczenie stopni I–IIA wg FIGO</b>
3.1 U chorych bez chęci zachowania płodności zalecane jest pobranie popłuczyn, losowych wycinków z jamy otrzewnej oraz wycięcie przydatków i macicy, sieci większej, węzłów chłonnych miedniczych i okołoaortalnych (I, 1).

3.2 Systemowe leczenie uzupełniające zalecane u chorych w stopniu wszystkich chorych (poza stopniem IA lub IB o typie endometrialnym G2) i oparta jest na chemioterapii pochodnymi platyny.
3.3 Radioterapia jako leczenie uzupełniające nie jest zalecana.
<b>4. Leczenie stopnia IIB – IV wg FIGO</b>
4.1 U chorych resekcyjnych (IIB/ IV wg FIGO) celem zabiegu jest uzyskanie całkowitej cytoredukcji (R0) (wycięcie przydatków, macicy, sieci oraz wszystkich widocznych zmian nowotworowych).
4.2 W przypadku całkowitej cytoredukcji nie jest zalecane usuwanie nie zmienionych węzłów chłonnych. Leczeniem uzupełniającym w tej grupie chorych oparte jest na pochodnych platyny z taksoidami (6 podań).
4.3 W przypadku braku uzyskanie całkowitej resekcji (R0) lub optymalnej resekcji (R1) możliwe jest zastosowanie bewacizumabu w trakcie chemioterapii oraz jako leczenie podtrzymujące.
4.4 U chorych nieresekcyjnych (III/ IV wg FIGO) lub w złym stanie ogólnym postępowaniem zalecanym jest chemioterapia neadiuwantowa oparta na pochodnych platyny z taksoidami (3 podania).
4.5 W przypadku odpowiedzi na leczenie kwalifikacja do chirurgii interwałowej z następową chemioterapią wraz z bewacizumabem.
4.6 W przypadku uzyskania odpowiedzi na leczenia u chorych w stopniu III i IV z rakiem high grade możliwe jest zastosowanie niraparybu, oraz olaparybu w przypadku występowania patogennego wariantu genów BRCA1/2.
4.7 U chorych leczonych podtrzymująco bewacizumabem możliwe jest leczenia olaparybem w przypadku patogennego wariantu genu BRCA1/2 lub uszkodzonego systemu homologicznej rekombinacji.
<b>5. Obserwacja po leczeniu</b>
5.1 Badanie przedmiotowe i podmiotowe, wraz z badaniem ginekologicznym. Badania obrazowe jedynie ze wskazań klinicznych. Zalecane jest skierowanie na konsultację genetyczną jeżeli nie odbyła się ona wcześniej.
<b>6. Leczenie wznów</b>
6.1 U wybranych chorych możliwe jest przeprowadzenie powtórnej cytoredukcji.
6.2 Podstawowym postępowaniem jest chemioterapia oparta o pochodne platyny w grupie chorych platynowrażliwych (wznowa po 6 miesiącach od zakończenia poprzedniej chemioterapii) oraz cytostatyki nie platynopochodne w grupie chorych opornych na platynę (wznowa przed upływem 6 miesięcy od zakończenia poprzedniej chemioterapii)
6.3 W grupie chorych platynowrażliwych, które uzyskują odpowiedź na leczenie możliwe jest leczenie podtrzymujące za pomocą inhibitorów PARP (olaparyb, niraparyb)
<i>*kategoria 2B</i>