



PSDTA Tumore Cervice Uterina

## **Allegato 3 : Principi di terapia in base alla stadiazione**

Anno di pubblicazione 2023

## TRATTAMENTO SECONDO STADIO DI MALATTIA

Condizione (FIGO CANCER REPORT 2021)	PROCEDURE	NOTE relative al trattamento
<b>Tumori pre-invasivi</b>	Trattamento escissionale	-Ansa diatermica -laser CO2 ed in casi particolari in narcosi con lama fredda In caso di malattia persistente/margini positivi in paziente in postmenopausa: valutare rapporto rischio/beneficio e proporre isterectomia totale extrafasciale
<b>Tumori invasivi iniziali</b>		
<b>Stadio IA1 LVSI negativa</b>	Conizzazione cervicale. In donne in postmenopausa o che hanno completato desiderio riproduttivo: isterectomia extrafasciale	-Se LVSI assente e margini negativi: sufficiente conizzazione cervicale
<b>LVSI presente</b>		-Se LVSI presente, dovrebbe essere considerata l'esecuzione di linfadenectomia pelvica, o biopsia del linfonodo sentinella (SLN) (considerata accettabile ed alternativa alla linfadenectomia sistematica) insieme all'isterectomia extrafasciale o radicale modificata. In presenza di fattore di rischio come LVSI positiva è preferibile procedere ad isterectomia radicale mediante tecnica open. In caso di richiesta di preservazione della fertilità, la conizzazione con stretto follow-up può considerarsi adeguata. Se richiesto trattamento fertility sparing: -conizzazione cervicale con linfadenectomia pelvica o SNL(LPT o ch.mininvasiva (MIS))
<b>Stadio IA2 LVSI negativa</b>		
<b>LVSI presente</b>	Isterectomia extrafasciale oppure ampia conizzazione cervicale combinate con linfadenectomia pelvica o tecnica del linfonodo sentinella (preferibile) nei casi a basso rischio (LVSI negativa)  Isterectomia radicale di tipo B+linfadenectomia pelvica o tecnica del linfondo sentinella (preferibile)	In presenza di fattore di rischio come LVSI positiva è preferibile procedere ad isterectomia radicale mediante tecnica open.
<b>Stadi IB1-2 e II A1</b>	La chirurgia è il trattamento di scelta.	La via di esecuzione dell'isterectomia è laparotomica alla luce dei dati del LACC trial (2018)

<p><b>IB1(basso rischio:invasione stromale&lt;50% e assenza di LFN sospetti all'imaging)</b></p>	<p>La tecnica chirurgica di elezione è l'isterectomia radicale tipo C con linfadenectomia pelvica</p> <p>La chirurgia o la radioterapia possono essere utilizzate come trattamento primario a seconda di fattori legati alla paziente o alle risorse clinico-ospedaliere, con outcome oncologici simili</p> <p>- L'isterectomia radicale di tipo C è l'intervento standard con la linfadenectomia pelvica (linfonodi parametriali, otturatori, iliaci esterni, interni e comuni)</p>	<p>Nei casi a basso rischio (LVSI negativa, invasione stromale &lt; 50%) può essere presa in considerazione l'isterectomia radicale modificata tipo B.</p> <p>La linfadenectomia pelvica dovrebbe sempre essere inclusa a causa dell'alta probabilità di coinvolgimento linfonodale.</p> <p>La linfadenectomia pelvica deve essere eseguita prima di procedere a chirurgia demolitiva per confermare la negatività linfonodale in quella sede anatomica. A tale proposito può essere utile applicare l'algoritmo del linfonodo sentinella inviando SLN ad esame intraoperatorio a fresco: se negativo procedere con chirurgia demolitiva altrimenti inviare la paziente a trattamento sistemico (linee guida ESGO 2018)La chirurgia nerve-sparing è consigliata nei pz sottoposte a isterectomia radicale di tipo C1</p> <p>Chirurgia fertility-sparing: trachelectomia radicale (o ampia conizzazione cervicale) mediante LPT, MIS o vaginale. La linfadenectomia pelvica deve essere eseguita prima per confermare la negatività linfonodale in quella sede anatomica.</p> <p>Radioterapia da considerare nelle pazienti non candidabili alla chirurgia radicale per motivi internistici o rischio anestesilogico-&gt;RT</p> <p>I vantaggi del trattamento chirurgico sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- analisi dei fattori prognostici istologici con individualizzazione dei trattamenti postoperatori;</li> <li>-trattamento di potenziali tumori resistenti alla radioterapia</li> <li>-possibilità di conservare la funzionalità ovarica. La trasposizione delle ovaie nelle docce paracoliche fuori dal campo di irradiazione, in caso questa sia successivamente necessaria, è possibile in corso di intervento. Il trattamento chirurgico è quindi da preferire nelle giovani donne per la preservazione della funzionalità ovarica e sessuale</li> </ul> <p>Come per lo stadio IB1, può essere utile applicare l'algoritmo del linfonodo sentinella inviando SLN ad esame intraoperatorio a fresco. La linfadenectomia pelvica dovrebbe sempre essere inclusa a causa dell'alta probabilità di coinvolgimento linfonodale</p>
<p><b>Stadio IB2 e II A1</b></p>	<p>Il trattamento standard è trattamento chemioradioterapico platinum-based</p>	<p>Fattori di rischio come linfonodi positivi, margini o parametri positivi, lesione maggiore di 4 cm rendono altamente probabile la necessità di ricorrere ad un trattamento radiante. Pertanto, per evitare le comorbilità del doppio trattamento chirurgico e radiante e vista la buona risposta di questi tumori al trattamento chemioradioterapico, il trattamento combinato chemioradioterapico platinum-based è considerato trattamento di scelta.</p> <p>Se non c'è riscontro di malattia metastatica linfonodale all'imaging preoperatorio, è possibile una chirurgia stadiativa sui linfonodi lombo aortici prima del trattamento radio-chemioterapico.</p> <p><i><u>*In caso di negatività PET anche nelle sedi più basse, scende significativamente (sotto il 5%) il rischio di</u></i></p>
<p><b>Stadio IB3 e &gt; IIA2</b></p>	<p>Il trattamento standard è trattamento chemioradioterapico platinum-based</p>	<p>Fattori di rischio come linfonodi positivi, margini o parametri positivi, lesione maggiore di 4 cm rendono altamente probabile la necessità di ricorrere ad un trattamento radiante. Pertanto, per evitare le comorbilità del doppio trattamento chirurgico e radiante e vista la buona risposta di questi tumori al trattamento chemioradioterapico, il trattamento combinato chemioradioterapico platinum-based è considerato trattamento di scelta.</p> <p>Se non c'è riscontro di malattia metastatica linfonodale all'imaging preoperatorio, è possibile una chirurgia stadiativa sui linfonodi lombo aortici prima del trattamento radio-chemioterapico.</p> <p><i><u>*In caso di negatività PET anche nelle sedi più basse, scende significativamente (sotto il 5%) il rischio di</u></i></p>

		<u>LFN ai livelli superiori</u>
<b>Stadio IIB-IVA</b>	Il trattamento standard è il trattamento chemioradioterapico platinum-based	La chirurgia eviscerativa è da proporre con intento curativo in pazienti estremamente selezionate ed in centri di riferimento
<b>Stadio B/metastasi a distanza</b>	<b>IV a</b> Chemioterapia e/o Radioterapia	Il trattamento sistemico con agenti platinum based (cisplatino o carboplatino)eventualmente in associazione con altri chemioterapici e/o anticorpi monoclonalali rappresenta il trattamento standard. Nelle pazienti con malattia metastatica a distanza diffusa all'esordio (coinvolgimento viscerale +/- linfonodale), idonee dal punto di vista medico, è raccomandata una polichemioterapia Nelle pazienti con malattia a livello linfonodale lomboaortico e/o sopraclavicolare è raccomandato un trattamento RT-CT rispetto alla sola CT Va inoltre considerato un trattamento immunoterapico alla luce delle recenti acquisizioni