Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace
Žďárská 610
592 31 Nové Město na Moravě

Pokyn náměstka LPP č. 5/2017

Diagnosticko-terapeutický protokol
NÁDORY TĚLA DĚLOŽNÍHO

Uvedený materiál má charakter nemocničního standardu v postupu vyšetření a léčby u onkologicky nemocných. Nepředstavuje absolutní předpis, vždy vyžaduje individuální přístup u každého nemocného. Jeho překročení je možné za podmínek písemného zdůvodnění ve zdravotnické dokumentaci pacienta. Protokol je určen pro potřeby KOC Nemocnice Jihlava a spolupracujících zařízení Kooperující onkologické skupiny Vysočina a vychází ze smlouvy o spolupráci mezi nemocnicemi KV v diagnostice a léčbě onkologicky nemocných. Pokyny v něm uvedené jsou určené pro všechny lékaře KOC a KOS.

Zpracoval: MUDr. Jan Brázdil, MUDr. Petra Herboltová, MUDr. Jiří Neubauer, MUDr. Lubomír Slavíček, PhD.

Schválil: .....
MUDr. Dušan Mach, náměstek LPP

Datum schválení: **9.5.2017**
Účinnost: **15.5.2017**
Rozdělovník: **vedoucí zaměstnanci**

Diagnosticko-terapeutický protokol

Nádory těla děložního

C54

Komplexní onkologické centrum
Nemocnice Jihlava, přísp.org.,
Kooperující onkologická skupina Vysočina

Vypracovali:

MUDr. Jan Brázdil, MUDr. Petra Herboltová, MUDr. Jiří Neubauer, MUDr. Lubomír Slavíček, PhD.

1/2017

Protokol je určen pro potřeby KOC Nemocnice Jihlava a spolupracujících zařízení Kooperující onkologické skupiny Vysočina.
Pokyny v něm uvedené jsou závazné pro všechny lékaře KOC a KOS.

1. Diagnostika

Obligatorní vyšetření (staging):

- anamnéza
- somatické vyšetření celkové včetně komplexního gynekologického včetně vyšetření per rectum, kolposkopie a cytologie
- **biopsie endometria** (hysteroskopie/separovaná abraze)
- **zobrazovací metody**:
  - CT hrudníku, břicha a pánve – nativně a po aplikaci KL i.v. + pozitivní či negativní KL p.o., nativně od jugula po symfýzu, postkontrastní vyšetření - arteriální fáze játra-ledviny, venózní fáze od jugula po symfýzu
  - rtg plic (pokud nebylo provedeno CT hrudníku, u nepokročilých nádorů)
  - expertní onkogynekologický UZ (vag, abdomin.)
  - UZ ledvin (po operaci před RT, k vyloučení iatrogenní hydronefrózy)
- **patologie** - závěr musí obsahovat MKN kód, MKN-O kód a TNM klasifikaci, dále tyto údaje:
  - histologický typ a grade
  - zvážit IHC vyšetření (rozlišení endocervikálního a endometriálního ca)
  - invaze do myometria: > nebo < 1/2 myometria
  - postižení serózy (pokud není, vzdálenost nádoru od serózy)
  - postižení dalších orgánů
  - při postižení stromatu cervixu vzdálenost od cervikálního resekčního okraje
  - angioinvaze a lymfangioinvaze
  - lymfatické uzliny (pozitivní/celkový počet)
- laboratorní vyšetření:
  - krevní obraz, biochemie vč. jaterních testů a renálních funkcí
- ostatní doplňková vyšetření:
  - stanovení nutričního stavu

Fakultativní vyšetření:

- PET/CT – vyloučení extraabdominálního postižení (při recidivách)
- MR pánve – diff. dg. metastáz a hemangiomů
- CEA, Ca-125, HE4 (u serózního papilárního karcinomu obligatorně)
- kolonoskopie, cystoskopie

2. TNM klasifikace (7. verze)

Klinická TNM klasifikace:

Klasifikace se používá pro karcinomy a karcinosarkom. Klasifikace TNM je založena na klinickém nebo patologickém stagingu a klasifikace FIGO na chirurgickém stagingu.

Nádory těla děložního

Regionální mízní uzliny:

l) pánevní: hypogastrické (obturatorní a vnitřní ilické), zevní ilické, společné ilické, parametriální a presakrální
2) paraaortální.

TX	primární nádor nelze hodnotit
T0	bez známek primárního nádoru
Tis	karcinom in situ, preinvazivní karcinom
T1	nádor omezen na tělo dělohy
T1a	bez invaze do myometria nebo postižení méně než ½ myometria
T1b	nádor postihuje více než ½ myometria
T2	nádor infiltruje cervikální stroma, ale nešíří se mimo dělohu
T3	lokální a/nebo regionální šíření
T3a	nádor infiltruje serózu a/nebo adnexa (přímým šířením či metastázami)*
T3b	nádor se šíří na pochvu a/nebo do parametrií
T4	nádor postihuje sliznici močového měchýře a/nebo sliznici střeva (pozn. přítomnost bulózního edému nestačí ke klasifikaci T4)

*) Pozitivní cytologie z laváže nemění stádium

NX	regionální mízní uzliny nelze hodnotit
N0	v regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy
N1	metastázy do pelvických a/nebo paraaortálních uzlin

MX	vzdálené metastázy nelze hodnotit
M0	nejsou vzdálené metastázy
M1	vzdálené metastázy vč.metastáz do ne-regionálních uzlin

Patologická pTNM klasifikace:

Kategorie pT, pN a pM odpovídají kategoriím T, N a M.

Rozdělení do stadií

FIGO 0	Tis	N0	M0
FIGO IA	T1a	N0	M0
FIGO IB	T1b	N0	M0
FIGO II	T2	N0	M0
FIGO IIIA	T3a	N0	M0
FIGO IIIB	T3b	N0	M0
FIGO IIIC1	T1, T2, T3	N1 (pánevní)	M0
FIGO IIIC2	T1, T2, T3	N1 (paraaortální)	M0
FIGO IVA	T4	N0-1	M0
FIGO IVB	jakékoliv T	jakékoliv N	M1

Klasifikace leiomyosarkomu a endometriálního stromálního sarkomu dle FIGO

FIGO 0		bez známek primárního nádoru
FIGO I		nádor omezen na dělohu
	IA	< 5 cm
	IB	> 5 cm
FIGO II		nádor se šíří mimo dělohu do pánve
	IIA	postižení adnex
	IIB	šíření tumoru do mimoděložních pánevních tkání
FIGO III		nádor postihuje tkáně dutiny břišní
	IIIA	jedna lokalita
	IIIB	> 1 lokalita
	IIIC	postižení pánevních a/nebo paraaortálních uzlin
FIGO IVA		nádor postihuje moč.měchýř a/nebo rektum
FIGO IVB		vzdálené metastázy

3. Histologie (dle WHO klasifikace z roku 2014)

Maligní epitelové nádory:

- endometroidní adenokarcinom a jeho varianty (70-80%):
  - endometoidní adenokarcinom se skvamózní diferenciací
  - endometroidní adenokarcinom se sekreční diferenciací
  - villoglandulární, sertoliformní, mikroglandulární varianty
- karcinom mucinózní (1-9%)
- serózní karcinom (a serózní endometriální intraepiteliální karcinom, SEIC)
- karcinom z jasných buněk (clear-cell) (2%)
- neuroendokrinní tumory
- smíšené karcinomy
- nediferencované a dediferencované karcinomy

Maligní mesenchymální nádory - sarkomy (2 - 4%):

- endometrální stromální sarkom (ESS) low-grade
- endometrální stromální sarkom (ESS) high-grade
- leiomyosarkom dělohy
- nediferencovaný sarkom

Maligní smíšené epitelové a mesenchymální nádory:

- adenosarkom (Müllerián ský adenosarkom)
- karcinosarkom (maligní smíšený Müllerián ský tumor)

Histopatologický grading je dle WHO platný pro endometroidní karcinomy (G1-G3)

GX	stupeň diferenciace nelze posoudit
G1	dobře diferencovaný
G2	středně diferencovaný
G3	málo diferencovaný
G4	nediferencovaný

4. Výkonnostní stav (dle WHO)

0 Normální aktivita
1 Neschopen namáhavější práce, ale ambulantní a může vykonávat lehčí práci
2 Ambulantní a je schopen se obsloužit, ale neschopen jakékoliv práce. Mimo lůžko >50% dne.
3 Pouze omezená schopnost se obsloužit. Na lůžku >50% dne.
4 Kompletně odkázán na cizí pomoc, stále na lůžku

5. Prognostické faktory

Rozdělení onemocnění podle rizika (Konsenzus ESMO, ESGO, ESTRO, 2015), pokud není uvedeno jinak, týká se histologického typu endometroidní ca:

- **Nízké riziko**: IA (invaze < ½ myometria), G1-2, bez lymfovaskulární stromální invaze (LVSI)
- **Střední riziko:** IB (invaze ≥ ½ myometria), G1-2, bez LVSI
- **Vysoké-střední riziko**:
  - IA G3, bez ohledu na LVSI
  - IA-B G1-2, přítomna LVSI
- **Vysoké riziko**:
  - IB, G3, bez ohledu na LVSI
  - II
  - III, bez rezidua
  - histologické typy serózní, clear cell, nediferencovaný ca, karcinosarkom
- **Pokročilé onemocnění:**
  - III s reziduální nemocí
  - IVA
- **Metastatické onemocnění:** IVB

Pozitivní cytologie z lavage se nepovažuje za rizikový faktor. Za další rizikové faktory (RF) jejichž přítomnost může ovlivnit indikaci radikálnější adjuvantní léčby, se považují také absolutní velikost tumoru > 2 cm, postižení dolního segmentu dělohy a věk nad 60 let.

6. Strategie léčby podle rizikových skupin

Primární operační léčba endometroidního ca:
Základním výkonem je **extrafasciální hysterektomie s bilaterální salpingo-ooforektomií** (EH+BSO). Ponechání ovarií + salpingektomie (SE) ke zvážení u žen mladších 45 let ve stadiu T1a G1 bez pozitivní RA ovariálního nebo endometroidního karcinomu. Výkon je dostatečný u pac. nízkého rizika, kde připojení lymfadenektomie (LN) dle studií nezlepšuje přežití. U pac. s vyšším stupněm rizika (myometrální invaze > 50% a/nebo grade 3) se výkon doplňuje o **pánevní a paraaortální lymfadenektomii.** Provedení LN je třeba zvažovat s ohledem na věk, celkový stav a přítomnost dalších rizikových faktorů. Při nemožnosti či odmítnutí operace RT s kurativním záměrem. Fertilitu zachovávající postup u mladých žen s G1 karcinomem je popsán dále.

Adjuvantní léčba po operaci se řídí přítomností rizikových faktorů (*podle konsenzu ESMO, ESTRO a ESGO, 2015*):

a) Nízké riziko (stádium IA G1-2, LVSI-)
- bez adjuvantní terapie

b) Střední riziko (stádium IB, G1-2, LVSI-)
- vaginální BRT
- alternativní postup: bez adjuvantní terapie pacientek mladších 60 let

c) Vysoké-střední riziko (st. IA, G3, LVSI±, IA-B, G1-2, LVSI+)
- proveden kompletní chirurgický staging LU, pN0:
  - vaginální BRT
  - alternativní postup: bez adjuvantní terapie
- bez kompletního chirurgického stagingu:
  - EBRT (při LVSI+)
  - vaginální BRT (při G3, LVSI-)

d) Vysoké riziko (stádium IB, G3, LVSI±)
- proveden kompletní chirurgický staging LU, pN0:
  - EBRT
  - alternativní postup: samotná vaginální BRT
- bez kompletního chirurgického stagingu:
  - EBRT
  - alternativně: sekvenčně CHT + EBRT (CHT přísně individuálně)

e) Vysoké riziko (stádium II)
- proveden kompletní chirurgický staging LU, pN0:
  - vaginální BRT (při G1-2, LVSI-)
  - EBRT ± vaginální BRT (G3 nebo LVSI+)
- bez kompletního chirurgického stagingu:
  - EBRT ± vaginální BRT
  - alternativně: sekvenčně CHT + EBRT ± vaginální BRT (při G3 nebo LVSI+, CHT přísně individuálně)

f) Vysoké riziko (stádium III, bez rezidua)

- stádium IIIA: EBRT, zvážit kombinaci CHT + EBRT
- stádium IIIB: EBRT, zvážit kombinaci CHT + EBRT
- stádium IIIC1: EBRT, zvážit kombinaci CHT + EBRT
- stádium IIIC2: EBRT, zvážit kombinaci CHT + EBRT (prodloužené pole)

g) Vysoké riziko (jiné histologické typy než endometroidní adenoca)

- serózní a clear cell karcinom
  - CHT
  - samotná vaginální BRT (při IA, LVSI-)
  - CHT ± EBRT (při stádiu ≥ IB, EBRT vždy při pN+)
- karcinosarkom a nediferencovaný karcinom
  - CHT
  - alternativně: CHT ± EBRT

h) Pokročilé a metastatické onemocnění

- operace jen v případě dosažení optimální cytoredukce (R0 resekce)
- paliativní operace ke zmírnění symptomů (např.stomie)
- exenterace pánve
- kurativní RT (EBRT + BRT)
- resekce vzdálených metastáz
- paliativní CHT
- paliativní RT
- hormonoterapie - u dobře diferencovaných tumorů s pozitivními HR

Léčba sarkomů těla děložního:

Základem je operační výkon v rozsahu extrafasciální hysterektomie + BSO + extirpace bulky LU, optimální cytoredukce. Při kontraindikaci operace kurativní (chemo)radioterapie, u low grade ESS samotná hormonoterapie.

Možnosti adjuvantní léčby u sarkomů:

Endometriální stromální sarkom (low-grade ESS):

- Stádium I ⇨ dispenzarizace
- Stádium II,III,IVA ⇨ HT +- EBRT + BRT
- Stádium IVB ⇨ HT +- paliativní RT

Leiomyosarkom (LMS), nediferencovaný high-grade sarkom:

- Stádium I ⇨ dispenzarizace
- Stádium II,III ⇨ zvážit CHT a/nebo RT
- Stádium IVA ⇨ CHT a/nebo RT
- Stádium IVB ⇨ CHT +- paliativní RT

7. Modality léčby

Chirurgie

Základním výkonem je **extrafasciální hysterektomie s bilaterální salpingo-ooforektomií** (EH+BSO), event.extirpace zvětšených LU. Možno z otevřeného přístupu, laparoskopicky nebo roboticky, bez morcelačních technik. Ponechání ovarií + salpingektomie (SE) ke zvážení u žen mladších 45 let ve stadiu T1a G1 bez RA výskytu ovariálního nebo endometriálního karcinomu (např. BRCA mutace apod.). Vaginální HE ± BSO lze zvážit u žen s vysokým operačním rizikem. Výkon je dostatečný u pac. nízkého rizika, kde připojení lymfadenektomie (LN) dle studií nezlepšuje přežití.
V případě zjištění vyššího stupně rizika (peroperační freeze biopsií):
- u pacientek středního rizika (myometrální invaze > 50% nebo grade 3) je **lymfadenektomie** (PLN, PALN) doporučována jako stagingová procedura.
- u pac. vysokého rizika (myometrální invaze > 50% + grade 3) je LN standardní součástí výkonu. U pac. vysokého rizika po neadekvátním chirurgickém výkonu se doporučuje doplnit BSO a stagingovou lymfadenektomii ve 2. době. U pacientek s vysokým operačním rizikem nutno provedení LN individualizovat.
- u nepříznivých histologických typů (serózní papilární karcinom a všechny se serózní komponentou) se doplňuje i omentektomie, appendektomie a lavage. Omentektomie není nutná u clear cell ca, nediferencovaného ca a karcinosarkomu.
U stádia II radikální hysterektomie (Wertheim nebo jeho modifikace) pouze při snaze o R0 resekci, lymfadenektomie je součástí výkonu.
U st. III-IV individuální přístup, EH, BSO, PLN, PALN, kompletní cytoredukce za předpokladu dosažení R0, OME u serózního histotypu.
Ke stanovení N je třeba standardně získat a histologicky vyšetřit 15 uzlin pánevních a 10 uzlin paraaortálních.

Sarkomy dělohy:
Nutné vyhnout se morcelaci tumoru! U recidiv zvážení chirurgické resekce i opakovaně, do R0. Rozsah výkonu: extrafasciální hysterektomie + BSO + extirpace bulky LU, optimální cytoredukce. U nediferencovaných typů má maximální cytoredukce pozitivní efekt na prognózu pacientky.

Paliativní operace:
- resekce solitárních jaterních nebo plicních metastáz
- extirpace a histologická verifikace postižených periferních uzlin (nadklíčkových)
- embolizace v případě masivního nezvladatelného krvácení
- zavedení pig-tailu do stenózovaného močovodu
- nefrostomie při hydronefróze a nemožnosti zavedení pig-tailu
- kolostomie při obstrukčním ileu

Postup u mladých žen ve fertilním věku přejících si těhotenství

Ženy do 40 let představují 4% všech endometriálních karcinomů. Tento postup je možný pouze u premaligních histologií a endometroidních karcinomů grade 1 stádia IA bez myometrální invaze. Histologie se získá hysteroskopicky a abrazí, postižení adnex a uzlin nutno vyloučit MRI pánve. Pac.by měla být informována, že jde o ne-standardní léčbu, po které (progrese během léčby nebo po skončení těhotenství) by měla následovat hysterektomie, protože počet recidiv je vysoký.
Terapeuticky se používají gestageny (medroxyprogesteron acetát 400-600 mg/den nebo megestrol acetát 160-320 mg/den) po dobu 6 měsíců. Po skončení HT následuje přešetření zobrazovacími metodami a kontrolní abraze. Dalších 6 měsíců je možno podávat udržovací léčbu v případě odložené gravidity a absence karcinomu. Při dosažení kompletní remise je možné otěhotnění, většinou ve spolupráci s centrem asistované reprodukce. V případě progrese či perzistence onemocnění během léčby, po porodu nebo nejpozději po skončení období potenciálního těhotenství je nutno provést standardní operační výkon (viz výše). Případné ponechání ovarií závisí na věku a RA. Pokud HE je odložena, nutné pravidelné kontroly po 6 měsících v rozsahu viz výše.

Radioterapie

Indikace, objemy, dávky, frakcionace

Možnosti zevní RT:

- pooperační RT (zevní RT nebo brachyradioterapie)
- kurativní RT - v případě nemožnosti operačního výkonu pro:
  - interkurentní onemocnění
  - odmítnutí operace nemocnou
  - inoperabilní pokročilé stádium T3b, T4
- paliativní RT

- **Pooperační RT malé pánve**
  - Indikace: vysoké-střední (bez chirurgického stagingu) a vysoké riziko
  - Technika: 3D-CRT
  - CTV: lůžko dělohy, proximální polovina pochvy a svodné lymfatické uzliny pánevní
  - Dávka: 45,0 Gy (u sarkomů 50,4 Gy), denní frakcionace 1,8 Gy

- **Paraaortální uzliny**
  - Indikace: postižení paraaortálních nebo společných ilických uzlin, zvážit při postižení pánevních uzlin + neprovedené paraaortální lymfadenektomii
  - Technika: 3D-CRT
  - CTV: paraaortální uzliny od Th12 po L5 (navazuje obvykle na malou pánev a ozařuje se společně s ním
  - Dávka: 40,0-45,0 Gy, denní frakcionace 1,8 Gy

- **Kurativní RT malé pánve (3D-CRT, IMRT)**

Indikace:	nemožnost operace (pokročilé inop. onemocnění, komorbidity, odmítnutí nemocné), při nemožnosti BRT zevní RT - shrinking-fields
Technika:	3D-CRT, IMRT
CTV1:	děloha, čípek a prox.1/3 pochvy + svodné lymfatické uzliny
Dávka:	45,0 Gy, denní frakcionace 1,8 Gy
CTV2:	děloha a čípek
Dávka:	15,0 –16,0 Gy, denní frakcionace 1,8-2,0 Gy nebo 2 x 7,5 Gy BRT (viz dále)

- **Paliativní zevní RT**

Podle celkového stavu nemocné a rozsahu onemocnění, event.provedeném chirurgickém výkonu. Krvácející tumory je možno ozářit i jednorázově dávkou 10 Gy nebo brachyterapií. Další indikace: metastázy do skeletu, útlak nervových pletení, blokáda uzlin. Technika a celková dávka a frakcionace individuální.

Zevní radioterapie - technika

Poloha pacienta: na zádech s fixovanými dolními končetinami. Plný močový měchýř. CT skeny s kontrastem po 5 mm.

Technika:
- malá pánev: 4 pole (box-technika), event. 2 protilehlá pole (endooprotézy)
- IMRT: 5 polí
- paraaortální uzliny: 2 protilehlá pole
- paliace: individuální techniky co nejjednodušší

Energie: lineární urychlovač, fotony 18 MV
Kritické orgány: rektum, močový měchýř, hlavice femorů, tenké střevo, mícha, játra, ledviny.
Histogram dávka-objem se zhotovuje pro výše uvedené orgány.
Během ozařování kontroly polohy pacienta (portálové snímky, CB-CT)
Kurativní léčbu zářením zajišťuje KOC Nemocnice Jihlava, paliativní Oddělení radiační onkologie Nemocnice Havlíčkův Brod.

Brachyradioterapie - intrakavitární

- samostatná pooperační
- kombinovaná s teleterapií pooperační (jen výjimečně)
- samostatná kurativní
- kombinovaná s teleterapií kurativní
- paliativní

Používá se automatický afterloadingový přístroj, zdrojem záření je ^{192}Ir (HDR).

- **Pooperační (adjuvantní) brachyterapie:**

Indikace:	jako alternativa nebo doplněk EBRT (viz přehled léčby)
CTV:	proximální třetina pochvy (3-5 cm)
Aplikátor:	poševní válec (lineární zářič)
Dávka:	kombinace s teleterapií (45,0 Gy): 3 x 5,0 Gy v 0,5 cm od povrchu válce, frakcionace 2x týdně samostatně: 6 x 5,0 Gy v 0,5 cm od povrchu válce, 2x týdně 3 x 7,0 Gy v 0,5 cm od povrchu válce, 1x týdně

- **Primární kurativní brachyterapie:**
  Indikace: kontraindikace či odmítnutí operace, inoperabilní stádia

  CTV: celá děloha, čípek a prox. část vaginy (2-3 cm)
  Aplikátor: Y- sonda (endometriální aplikátor, tzv."vidlička")
  Dávka: samostatně: 5 x 7,5 Gy nebo 4 x 8,5 Gy ve 2 cm laterálně od středu aktivní délky aplikátoru, 1x týdně
  kombinace s teleterapií (45,0 Gy): 3 x 6,0 - 6,5 Gy nebo 2 x 7,5 Gy ve 2 cm laterálně od středu aktivní délky aplikátoru, 1x týdně

Před první aplikací UZ vyšetření vaginální sondou, které zobrazí všechny rozměry dělohy a tloušťku stěny. Výkon se provádí v celkové krátkodobé anestézii..

- **Paliativní brachyterapie:**
  Indikace: krvácející tumory, velmi staré a polymorbidní pac.
  Dávkování: individuální

Léčbu brachyradioterapií zajišťuje KOC Nemocnice Jihlava.

Chemoterapie

Indikace viz strategie léčby dle rizikových skupin. V adjuvanci se podává 3-6 cyklů. Nutno vždy zvažovat celkový stav a věk pacientky. *Doporučené režimy uvádí Modrá kniha v aktuálním vydání.*

Používané režimy v adjuvantní léčbě:
- cisplatina + doxorubicin
- ciasplatina + doxorubicin + paklitaxel
- karboplatina + paklitaxel
- monoterapie CBDCA, CDDP, doxorubicin, paklitacel

Používané režimy v paliativní léčbě a léčbě recidiv:
- cisplatina + doxorubicin + cyklofosfamid
- cisplatina + doxorubicin
- karboplatina + paklitaxel
- ciasplatina + doxorubicin + paklitaxel
- monoterapie CBDCA, CDDP, doxorubicin, paklitacel

Používané režimy v léčbě karcinosarkomu (smíšený Müllerián ský tumor):
- monoterapie ifosfamid
- cisplatina + ifosfamid + mesna
- paklitaxel + ifosfamid + mesna
- karboplatina + paklitaxel

Používané režimy v léčbě sarkomů (leiomyosarkom, ESS):
- monoterapie doxorubicin
- gemcitabin + docetaxel (nemá úhradu)

- doxorubicin + ifosfamid + mesna

Hormonoterapie

U pac. st. IV a u recidiv s dobře diferencovaným endometroidním adenoca (G1, event. G2).
U low-grade ESS se používají gestageny jako adjuvance u stádií II, III a IVA, v léčbě relapsů.
Při kontraindikaci operace u low-grade ESS jsou možné jako jediná terapie.

Používané preparáty:
- medroxyprogesteron acetát
- megestrol acetát

8. Dispenzarizace

Pravidelná a doživotní. Dispenzarizaci provádí gynekolog (u pac. po samotné operaci nebo po adjuvantní aplikaci válce) nebo onkolog (u pacientů po kombinované RT, u léčených chemoterapií, nepříznivých histologických typů vč. sarkomů). U pacientek dispenzarizovaných gynekologem, dispenzarizaci zajišťuje prvních 5 let onkogynekolog, dále pak obvodní gynekolog. U dispenzarizovaných onkologem zajišťuje gynekologické vyšetření gynekolog.

Termíny kontrol:	1. a 2. rok	každé tři měsíce
	3. - 5. rok	každých šest měsíců
	6. rok a dále	1 x ročně

Obsah kontrolního vyšetření:

- komplexní gynekologické vyšetření vč. vyšetření per rectum
- vaginální UZV
- rtg plic jedenkrát ročně 5 let, pak 1x za 2 roky
- po radikální RT sono ledvin 1x ročně po dobu 5 let
- při podezření na recidivu vyšetření dle potřeby (scinti skeletu, CT, PET aj.)