

سرطان المبيض Ovarian Cancer

جيمس ريمبرت وآيتشو تشو

نقاط هامة

- سبب رئيسي في وفيات سرطان الجهاز التناسلي عند الأنثى، وثاني أكثر أنواع السرطان شيوعاً عند المرأة.
- السبب الرئيسي الرابع لوفيات السرطان عند المرأة.
- نسبة علاجه عالية إذا تم تشخيصه في مرحلة مبكرة، بالرغم من عدم وجود اختبار تنظير شعاعي جيد حتى الآن.
- مرحلة التقديم: I ٢٦٪، II ١٥٪، III ٤٥٪، IV ١٧٪.
- متوسط العمر عند التشخيص: ٦٣. قمة نسبة الحدوث: العقد الثامن.
- ما يقلل خطورة الإصابة به: تعدد مرات الولادة، والرضاعة، وربط أنابيب الرحم، واستخدام حبوب منع الحمل الفموية (قد تستمر الحماية لأعوام بعد التوقف).
- ما يزيد خطورة الإصابة به: عدم الولادة، واستخدام العقاقير المحفزة للتبويض، والعلاج بالإستعاضة الهرمونية، وعندما يكون سن الحمل الأول أكبر من ٣٥ سنة، أنواع معينة من الغذاء (الدهون العالية، واللاكتوز المرتفع، والقهوة).
- تنشأ نسبة ٥٪ فقط من الأورام عن استعداد جيني، ومع ذلك فالسبب الأقوى هو تاريخ العائلة لسرطان المبيض (إصابة قريبة من الدرجة الأولى).

- خطورة الإصابة به مدى العمر: ٦, ١٪ من النساء، قريبة من الدرجة الأولى بنسبة ٥٪، قريبتان من الدرجة الأولى بنسبة ٧٪.
- متلازمات عائلية:
 - BRCA1 - خطورة على مدى العمر بنسبة ١٥-٤٥٪ (النسبة المثوية للخطورة حسب الانتفاذ في العائلة).
 - BRCA2 - خطورة على مدى العمر بنسبة ١٠٪.
 - متلازمة لينش (Lynch) -II HNPCC وسرطانات أخرى للجهاز التناسلي والجهاز البولي للمرأة.
 - أخرى: متلازمة يوتز جيجرز (Peutz-Jeghers)، غُدُومٌ جلدي راحي أحمصي (palmoplantar keratoderma)، متلازمة أوليه (Ollier)، متلازمة مافوتشي (Maffucci).
 - يميل إلى بطء الشفاء عن الحالات الفردية.
 - الأنواع الباثولوجية: ٩٠٪ ظهاري، ٤-٨٪ سدوي، ٢-٤٪ برعمي الخلية.
 - تتدرج الأورام الظهارية من الخط الحدي إلى النوع غير المتمايز.
 - أورام الخط الحدي يمكنها الانتقال، بالرغم من عدم وجود دليل على الانتفاذ السدوي.
 - الأنواع المهستولوجية الظهارية: مصلي ٥٠٪، بطاني رحمي ٢٠٪، غير متمايز ١٥٪، مخاطي ١٠٪، خلايا صافية ٤٪.
 - أنماط الانتشار: تَقَشُّرٌ في التجويف البريتوني، ووعائي ليمفي.
 - انتشار ليمفي: حوضي / جوار أورطي أساساً، لكن الخطورة في المنطقة الإربية عن طريق الرباط الدائري.
 - أنماط الانتكاس: يميل إلى البقاء في موضعه، فقط ١٥٪ ينتكس خارج البطن.
 - ٩٠٪ احتمالات الرجوع خلال ٥ أعوام.
 - تحدث الوفاة لمعظم المريضات من الداء الموضعي (انسداد الأمعاء الدقيقة، استسقاء، إلخ).
 - عوامل إنذارية:
 - الأكثر أهمية: مرحلة المرض، درجة المرض، الحجم الباقي من المرض.
 - عوامل سلبية أخرى: العمر أكبر من ٦٥ سنة، استسقاء قبل الجراحة، مستوى CA125 أكبر من الطبيعي بعد العلاج الكيماوي 3c، CAI25 nadir أكبر من 20 U/ml بعد علاج خط T الأول.

إجراءات التشخيص

Work up

• هستولوجي وباثولوجي مع فحص شامل للجهاز التناسلي للمرأة وعينة مجهرية لإجراء اختبار باب (Pap smear).

- العلامات والأعراض الشائعة: وجع بالبطن، ألم، زيادة محيط الخصر، تغير في عادات التبرز، الشبع بسرعة، عسر الهضم، شعور بالغثيان، استسقاء، كتلة تشريحية ملحقة، ارتشاح بلوري (أكثر شيوعاً بالجانب الأيمن)، عقيدة الأخت ماري جوزيف (sister mary joseph's nodule)، رف بلامر (Blumer's shelf).

- علامة ليسر-تريلات (Leser-Trelat): الظهور المفاجئ للطع الجلدية ممتوثة، تلاحظ على سرطان مبيض هيرالد (herald ovarian cancer) في حالات نادرة.

- متلازمات الأبعاد الورموية (Paraneoplastic): زيادة كالسيوم الدم مع الخلايا الصافية، تدهور مخيخي تحت الحاد.

• اختبارات معملية: عدّ دم كامل CBC، اختبار وظائف الكبد LFT، اختبار نروجين يوريا/ كرياتينين الدم BUN/Cr، واصمة الورم بالدم (serum tumor markers) كما يلي:

- CA125: الأكثر فائدة، يرتفع في ٨٥٪ من أورام المبيض الظهارية.

▪ النتائج الإيجابية الخاطئة محتملة، خاصة عند النساء في فترة ما قبل سن الإياس بسبب الحمل، والانتباز البطاني الرحمي، والعضال الغدي، وتليف الرحم، وأكياس المبيض الحميدة، والدورة الشهرية، والمرض الالتهابي الحوضي (PID)، والتهيج البريتوني، وتليف الكبد، وفشل القلب الاحتقاني (CHF)، وسرطانات أخرى (في البنكرياس، وفي الثدي، وفي القناة الهضمية، وفي الرئة، وخلل خلايا البلازما، سرطان عنق الرحم، وبطانة الرحم النقيلي).

▪ في حالة ما بعد سن الإياس، CA125 أكبر من ٦٥ وحدة/ مل (الطبيعي أقل من ٣٥ وحدة/ مل) ذات ٩٧٪ حساسية، ٨٠٪ توعية.

- CA19-9: حساسية منخفضة لكنها قد تكون موجبة في الأورام المولرّة أو أورام القناة الهضمية.

- المستضد السرطاني المصغري CEA: يرتفع إلى ٥٨٪ في داء بالمرحلة الثالثة.

- ألفا فيتوبروتين AFP وموجهة الغدد التناسلية المشيمائية البشرية بيتا βHCG: يقاس إذا كان العمر أقل من ٣٠ سنة لعون 1/0 ورم الخلايا المنتشرة.

- التشخيص بالتصوير الإشعاعي Imaging
 - الموجات فوق صوتية عبر المهبل (أكثر فائدة في الكتلة التشريحية الملحقة عنها عبر البطن).
 - يشير مركب كيس المبيض بشدة إلى السرطان، ويوصى بالجراحة.
 - كيس بسيط أقل من ٤ سم يمكن تتبعه بسلسلة من الموجات فوق الصوتية.
 - تضخم المبيض أثناء سنوات الخصوبة عادة ما يكون حميد.
 - أشعة مقطعية CT / التَّصوِيرُ بِالرَّنِينِ المِغْناطِيَّي MRI على البطن والحوض: تساعد بشكل خاص قبل الجراحة في حالة المرحلة المتقدمة من المرض.
 - تَنْظِيرُ المَثَانَةِ، التَّنْظِيرُ السَّيْنِيّ، حُقْنَةُ باريوم شَرْجِيَّة حسب ما هو موصف إكلينيكيًا.
 - سلسلة من فحص الجزء العلوي من القناة الهضمية أو التَّنْظِيرِ الدَاخِلِيّ الموصوف في نساء مصابات بفقر الدم أو ورم المبيض لإزالة ورم كروكنبرج Krukenberg (الانتقال إلى المبيض من القناة الهضمية أولاً).
 - خَزَعَةُ بَطَانِيَّة رَجْمِيَّة قبل الجراحة من نساء مصابات بنزيف غير طبيعي من المهبل.
 - لا ينصح بالتقييم عبر الجلد وقبل الجراحة للاستسقاء/ الورم - إذ قد يؤدي إلى انتقال الورم عبر القناة البريتونية ويؤخر علاج جراحي مرحلي أساسي.
 - استكشاف جراحي: شق رأسي، جمع الاستسقاء/ الغسيل، عملية استئصال الرَّجْمِ البَطْنِيّ الكلي/ استئصال المبيض وقناة فالوب ثنائية الجَانِبِ TAH/BSO^(*)، استكشاف باطني كامل، قَطْعُ الثَّرْبِ، خزعات بريتونية عشوائية (تضم الحجاب الحاجز)، عينات من العقد الليمفاوية من الأورطى/ الحوض، إزالة التكتل.
- تصنيف المراحل (Staging)

الورم الأوّلي		
	FIGO	TNM
الورم الأوّلي لا يمكن تقييمه.		TX
لا يوجد دليل على وجود ورم أوّلي.		TO
الورم محدود بالمبيضين (واحد أو كلاهما).	I	TI

(*) في حالة إثبات المرحلة IA، يمكن الحفاظ على الخصوبة عن طريق استئصال قناة فالوب - المبيض لجانب واحد (USO).

الورم محدود بمبيض واحد.	IA	1a
الورم محدود بالمبيضين؛ المحفوظة سليمة. لا ورم على سطح المبيض. لا خلايا خبيثة في الاستسقاء أو الغسيل البريتوني.	IE	1b
الورم محدود بأحد المبيضين أو كليهما مع أي من الآتي: تمزق المحفوظة، الورم على سطح المبيض، خلايا خبيثة في الاستسقاء أو الغسيل البريتوني.	IC	1c
الورم يضم المبيض أو المبيضين مع امتداد في الحوض	II	T2
امتداد و/أو إنغراز في الرحم و/أو قناة فالوب.	IIA	2a
امتداد وإنغراز في أنسجة أخرى بالحوض، لا خلايا خبيثة في الاستسقاء أو الغسيل البريتوني.	IIB	2b
امتداد و/أو إنغراز حوضي (T2a أو T2b) مع وجود خلايا خبيثة في الاستسقاء أو الغسيل البريتوني.	IIC	2c
الورم يضم المبيض أو المبيضين مع تأكيد مجهري لانتقال بريتوني خارج الحوض.	III	T3
انتقال بريتوني مجهري خارج الحوض (لا يوجد ورم يمكن رؤيته بالعين).	IIIA	3a
انتقال بريتوني كبير خارج الحوض (٢ سم أو أقل) في أكبر أبعاده.	IIIB	3a
انتقال بريتوني خارج الحوض أكبر من ٢ سم في أكبر أبعاده و/أو انتقال في العقد الليمفاوية المحيطة.	IIIC	3c
العقد الليمفاوية المحلية (Regional Lymph nodes)		
لا يوجد انتشار إلى العقد الليمفاوية المحلية يمكن تقديره.		NX
لا يوجد انتشار إلى العقد الليمفاوية.		NO
انتشار إلى العقد الليمفاوية.	IIIC	NI
الانتشار البعيد (Distant Metastasis)		
الانتشار البعيد لا يمكن تقييمه.		MX
لا يوجد انتشار بعيد.		MO
يوجد انتشار بعيد (باستبعاد الانتقال البريتوني).	IV	M1

"وجود استسقاء غير خبيث لا يصنف. وجود استسقاء لا يؤثر على التدرج ما لم توجد خلايا خبيثة" انتقال غلاف الكبد T3 III. انتقال نسيج شغاف الكبد IV II تدرج IV. يجب أن يكون للارتشاح البلوري تحديد خلوي موجب في IV II تدرج IV.

المقاومة الكلية لمدة ٥ سنوات حسب المرحلة: (-٤٠٪ ككل)	تصنيف جمعي للدرجات (AJCC/UICC/FIGO)
I: -٨٠٪ ككل (أكثر من ٩٠٪ في المرحلة IA/B)	IAIBIC T1a/b/cNOMO
II: -٦٠٪ ككل	IIA/B/C T2a/b/cNOMO
III: حوالي ٢٥٪ ككل	IIIA/B T3a bNOMO
-٣٠-٢٥ الحد الأدنى أو لا يوجد على الإطلاق -١٠٪	IIIC 3cNOMO or T1-3NI MO
IV -٥-١٥	IV MI

هذه التقسيمات مستخدمة بإذن من اللجنة الأمريكية للسرطان (AJCC) - شيكاغو. والمصدر الأصلي لهذه المادة هو دليل تصنيف مراحل السرطان للجنة الأمريكية للسرطان - الطبعة السادسة المنشورة بواسطة سبرنجر فيرياج بنيويورك www.springeronline.com.

توصيات العلاج Treatment recommendations

المرحلة	توصيات العلاج
IA/B Gr1	الجراحة ← الملاحظة الملاحظة أو الجراحة ← تاكسان كربولاتين × 3-6c [ICO GOG 157]
IAIB Gr3, IC II	الجراحة ← تاكسان/ كربولاتين 3-6c [ICO GOG 157] أو جراحة-العلاج الإشعاعي لكل البطن (إذا لم يكن العلاج الكيماوي مقترحاً، والورم أقل من ٢ سم) [دمبو]

<p>III الجراحة ← تاكسان مع كربوبلاتين أو سيسبلاتين [GOG III/T 58] أو</p> <p>الجراحة ← العلاج الإشعاعي لكل البطن (ما لم يقترح العلاج الكيماوي وأقل من ٢سم) [دمبو]</p> <p>إذا كان CR؛ الملاحظة والتجريب الإكلينيكي.</p> <p>العلاج الكيماوي الصرف أو WA - العلاج الإشعاعي</p> <p>في حالة الاستجابة الجزئية؛ علاج كيماوي إضافي، أو علاج داخل التجويف البريتوني، أو العلاج الإشعاعي لكل البطن.</p> <p>وفي حالة عدم إمكانية اختياره، يستخدم العلاج الكيماوي أولاً.</p> <p>إذا كان العلاج الكيماوي داخل التجويف البريتوني (IP) بديل للعلاج الكيماوي بالوريد في حالة إزالة الورم بشكل جيد [GOG 172].</p>	III
<p>IV علاج الورم الباطني كما في المرحلة III والعلاج التحفظي للتبر السرطاني.</p>	IV
<p>أقل من ٦ أشهر من العلاج الابتدائي قد ينتكس بذات العوامل.</p> <p>أقل من ٦ أشهر من العلاج الابتدائي - يجب الأخذ في الاعتبار عوامل إضافية.</p> <p>و/ أو</p> <p>العلاج الإشعاعي خارجي الحزمة لتلطيف أعراض مضاعفات الورم.</p> <ul style="list-style-type: none"> العوامل الإضافية الأخرى: توبوتيكان، دوكسوروبيسين ريبوسومي، جيمسيراين، فينورلين، ألتريامين بالفم، إيتوبوسيد بالفم، تاموكسيفين، ميلفالان، أكزيبيلاتين، فوسفاميد حلقي. 	انتكاسة الداء الباطني أو الحوضي

الدراسات

Studies

العلاج الكيماوي المُسَاعِد: المرحلة المبكرة

- أجريت أربعة تجارب عشوائية باستخدام علاج كيماوي حديث (أنظمة تعتمد على البلاتين) مقابل ملاحظة المرض في المرحلة المبكرة لذوي احتمال الخطورة العالية. يظهر الأكبر من أيكون وأكتيون (ICON1 و ACTION)

بشكل شخصي تحسناً ملحوظاً في المقاومة الكلية والمقاومة الخالية من الانتكاس مع العلاج الكيماوي المساعد الفوري. تُجمع بيانات ذلك ويعاد تحليلها (انظر بأسفل).

• دراسة آيكون وأكتيون (معهد السرطان القومي ٢٠٠٣): ٩٢٥ مريضة، يضم آيكون ICON كل المراحل ولكن أساساً I-II، يضم أكتيون ACTION، المراحل 2-3 IA/BG، IC، IIA محضرة بشكل عشوائي للملاحظة مقابل 4-6c علاج كيماوي يعتمد على البلاتين، فوري، مساعد (٥٧٪ كربوبلاتين عامل واحد، ٢٧٪ سيسبلاتين مدمج) قام العلاج الكيماوي الفوري بتحسين المقاومة الكلية لمدة ٥ سنوات ٨٪ (٨٢٪ بدلاً من ٧٤٪، ٩٥٪ CI=٢-١٢٪) و ٥ سنوات من المقاومة الخالية من الانتكاس ١١٪ (٧٦٪ بدلاً من ٦٥٪؛ ٩٥٪ CI=٥-١٦٪).

• دراسة جوج ١٥٧ (دراسة مغلقة - لكنها غير منشورة): يضم IC، IA/BG2-3، II عشوائي إلى 3c (نعتبره ذراع المعيار) مقابل 6c باكليتاكسل كربوبلاتين إضافي.

العلاج الكيماوي المساعد - المرحلة المتقدمة

• دراسة جوج III (NEIM 1996): ٤١ مريضة في المرحلة IV/III، حجم ورم أقل من ١ سم عشوائي على سيسبلاتين مع فوسفاميد حلقي أو باكليتاكسل الباكليتاكسل يحسن معدل الاستجابة (٧٣٪ مقابل ٦٠٪)، PFS (١٨ مقابل ١٣ شهراً)، متوسط البقاء (٣٨ مقابل ٢٤ شهراً)، تأكدت النتائج في تجارب أوربية/ كندية مشتركة (معهد سرطان بيكارت، ٢٠٠٠).

• دراسة GOG 158 (LCO 2003): عُرضت ٧٩٢ مريضة في مرحلة متقدمة مع عينة أقل من ١ سم عشوائياً لباكليتاكسل مع سيسبلاتين أو كربولاتين. نظام الكربوبلاتين أقل سمية، وأسهل في الإطعام، دون أن يكون أقل من ناحية الكفاءة.

• دراسة GOG 172 (ICO 2001): ٤٦٢ مريضة، المرحلة III أقل من اسم من حجم الورم المتبقي إلى Zc من كربوبلاتين بالوريد يتبعها 6c سيسبلاتين في التجويف البريتوني وباكليتاكسل بالوريد مقابل 6c باكليتاكسل سيسبلاتين بالوريد ميل الارتداد المحلي والمقاومة الخالية من المرض كانا أفضل عند الحقن في التجويف البريتوني عن الحقن في الوريد، ولكن السمية كانت أعلى عند الحقن في التجويف البريتوني.

علاج العلاج الإشعاعي لكل البطن المساعد

• دمبو (١٩٨٥): ١٩٠ مريضة IB، II، III بلا أعراض تعرضوا عشوائياً إلى العلاج الإشعاعي حوضي مقابل العلاج الإشعاعي + كلورامبيوسيل مقابل العلاج الإشعاعي لكل البطن. في مرض الاستئصال التام،

تحسنت المقاومة الخالية من المرض لمدة ٥ و ١٠ سنوات مع العلاج الإشعاعي لكل البطن في مقابل العلاج الإشعاعي للحوض +/- كلورامبيوسيل (٥ سنوات: ٧٨٪ مقابل ٥١٪، ١٠ سنوات: ٦٤٪ مقابل ٤٠٪)، ٣٠٪ نقص الانتكاس بالبطن مع العلاج الإشعاعي لكل البطن.

العلاج الكيماوي مقابل العلاج الإشعاعي لكل البطن كعلاج مساعد رئيسي

• لم تجر أية تجارب عشوائية تقارن أفضل علاج كيماوي حديث وتقنيات العلاج الإشعاعي لكل البطن الحديثة. قارن سميث وآخرون (١٩٧٥) العلاج الإشعاعي لكل البطن مقابل الميلفيلان في مرض المرحلة III-II مع حجم ورم متبقي أقل من ٢ سم مكافئ ١، ٥ سنوات من المقاومة الخالية من المرض، ولكن بسمية أقل مع العلاج الكيماوي، من ثم كان التركيز التالي على الوصول إلى الدرجة القصوى من العلاج الكيماوي. في قائمة تالية، إحدى التجارب العشوائية باستخدام أحداث علاج كيماوي، وانتهت سريعاً بسبب عدم دقة النتائج، أظهرت فعالية متساوية مع العلاج الإشعاعي لكل البطن. وكان من الجلي أن العلاج الإشعاعي لكل البطن يستحق المزيد من التجريب المكثف مقابل العلاج الكيماوي الحديث.

• دراسة كيارا (علم الأورام الإكلينيكي ١٩٩٤): تعرضت ٧٠ مريضة في المرحلة II إلى سيسبلاتين ملحق/ فوسفاميد حلقي ضد العلاج الإشعاعي لكل البطن (الحوض ٢, ٤٣ جراي / أعلى البطن ٢, ٣٠ جراي) لا فارق مع ٥ سنوات من مقاومة المرض والمقاومة الخالية من الانتكاس. بالرغم من وجود ميل نحو نتائج أقل مع العلاج الإشعاعي لكل البطن.

تثبيت الرأي بعد العلاج الكيماوي الابتدائي مع العلاج الإشعاعي لكل البطن

• افترضت بعض التجارب الأوروبية والأمريكية القليلة أن إضافة العلاج الإشعاعي لكل البطن من شأنها تحفيز المقاومة الخالية من الانتكاس والمقاومة الخالية من المرض - وتحتاج لمزيد من الحسابات مع العلاج الكيماوي الحديث.

العلاج الإشعاعي بالنسبة للانتكاس المحلي

• سيملاك (أورام التناسل عند المرأة ١٩٩٧): تجارب لاحقة، عولجت ٤١ مريضة متتكة بواسطة العلاج الإشعاعي لكل البطن (جرعات وسيطة: البطن ٢٨ جراي / الحوض ٤٨ جراي)، ١٠ سنوات من المقاومة

النوعية للمرض ٤٠٪ لكل مريضات المراحل I، II، III ذوات حجم ورم متبقي أقل من ٥، ١ سم. ٥ سنوات من المقاومة النوعية للمرض = صفر٪ إذا كان حجم الورم المتبقي أكبر من ٥، ١ سم.

• فوجيورارا (أورام التناسل عند المرأة ٢٠٠٢): تجارب سابقة، عشوائية على ٢٠ مريضة منتكسة موضعياً، ٤ سم) بعد علاج ابتدائي موضعي - العلاج الإشعاعي خارجي الحزمة (٣، ٥٢+ - ٣، ٨ جراي). معدلات الارتداد مرتبطة بفترات بقاء أطول بشكل واضح، والبقاء أفضل إذا أعطى العلاج الإشعاعي قبل ظهور الأعراض وإذا انحصر الانتكاس في العقد الليمفاوية ٥٠٪ من تخفف الأعراض.

تقنيات العلاج الإشعاعي

RT Techniques

التمثيل وتصميم المجال Simulation and field design

- ضع المريض في وضع الاستلقاء راقداً على الظهر، استخدم مقفص ألفا، أو إسفنجة الركبة، تخطيط فحص الأشعة المقطعية يجب أن يغطي التجويف البريتوني بالكامل، العلاج الإشعاعي الحوضي وحده لا يكفي أبداً كعلاج مساعد رئيسي [دمبو].
- المجال المفتوح مقبول حالياً عن تقنية الشريط المتحرك.
- المعالجة: أمامي خلفي / خلفي أمامي AP/PA.
- الحدود: علوي = فوق قبة الحجاب الحاجز؛ سفلي = تحت نفق المسددة؛ جانبي = تستخدم الأشعة المقطعية لتحديد الانعكاس خارج البريتوني.
- تخطيط العزل فوق الكلية عند ١٥ جراي والكبد عند ٢٥ جراي (جامعة كاليفورنيا، سان فرانسيسكو، لا تستخدم عازل الكبد).

وصفات الجرعة Dose prescriptions

- ٣٠ جراي عند ١، ٢، ٥-١، ٥ جراي / الجزء - مجال كلي؛ حواجز الكلية عند ١٥ جراي، حواجز الكبد عند ٢٥ جراي.
- مجال مجاور للأورطي حتى ٤٥ جراي.
- مجال الحوض حتى ٤٥-٥٥ جراي.

حدود الجرعة Dose limitations

- الكلية: أقل من ٢٠ جراي.
- الكبد: أقل من ٢٥ جراي.
- الرئة: حدود الحجم المتلقي من الورم ٢٠ جراي أو أكثر، (V20) أقل من ٢٠٪ تلافياً لالتهاب الرئة أقل من ١٠٪.
- الحبل الشوكي أقل من ٤٥ جراي.
- الأمعاء الدقيقة أقل من ٤٥-٥٠ جراي.
- المستقيم أقل من ٦٠ جراي.
- المثانة البولية أقل من ٥٠ جراي.

مضاعفات العلاج الإشعاعي لكل البطن

- Fvles (١٩٩٢): تلقت ٥٩٨ مريضة العلاج الإشعاعي لكل البطن ١٩٧١-١٩٨٥.
- حادة: غثيان/ قيء (٦٠٪)، إسهال (~٧٠٪)، نقص عدد كرات الدم البيضاء (١١٪)، قَلَّةُ الصُّفَيَّحَاتِ الدموية (١١٪).
- ٢٣٪ استراحات العلاج المطلوبة، أساساً بسبب سمية الدم.
- متأخرة: إسهال مزمن (١٤٪)، التهاب رئوي قاعدي (٤٪)، ارتفاع انتقالي في اختبار وظائف الكبد (٤٤٪)، انسداد خطير في الأمعاء (٢، ٤٪).

المتابعة (حسب توصيات NCCN ٢٠٠٥)

- الهستولوجي والباثولوجي: كل ٢-٤ شهور في العامين الأولين، ثم كل ستة شهور خلال الثلاثة أعوام التالية، ثم سنوياً.
- CA125 لكل زيادة إذا زاد مبدئياً.
- عد دم كامل CBC كل عام، وفحوصات معملية أخرى، وصور أشعة كما هو مشار بالنسبة للموجات فوق الصوتية في مرضى يخضعون للتشخيص عن طريق الموجات فوق الصوتية.

المراجع

- Alektiar K, Fuks Z. Cancer of the ovary. In: Leibel SA, Phillips TL, editors. Textbook of Radiation Oncology. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2004. pp. 1131–1156.
- Chiara S, Conte P, Franzone P. High-risk early-stage ovarian cancer. Randomized clinical trial comparing cisplatin plus cyclophosphamide versus whole abdominal radiotherapy. *Am J Clin Oncol* 1994;17(1):72–76.
- Cmelak AJ, Kapp DS. Long-term survival with whole abdominopelvic irradiation in platinum-refractory persistent or recurrent ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 1997;65(3):453–460.
- Dembo AJ. Abdominopelvic radiotherapy in ovarian cancer. A 10-year experience. *Cancer* 1985;55(9 Suppl):2285–2290.
- Fujiwara K, Suzuki S, Yoden E, et al. Local radiation therapy for localized relapse or refractory ovarian cancer patients with or without symptoms after chemotherapy. *Int J Gynecol Cancer* 2002; 12(3):250–256.
- Fyles AW, Dembo AJ, Bush RS, et al. Analysis of complications in patients treated with abdomino-pelvic radiation therapy for ovarian carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1992;22(5):847–851.
- Greene FL. American Joint Committee on Cancer, American Cancer Society. *AJCC Cancer Staging Manual*. 6th ed. New York: Springer-Verlag; 2002.
- ICON and EORTC-ACTION investigators: International Collaboration on Ovarian Neoplasm Trial 1 and Adjuvant Chemotherapy in Ovarian Neoplasm Trial: Two parallel randomized phase III trials of adjuvant chemotherapy in patients with early stage ovarian cancer. *J Natl Cancer Inst* 2003;95:105–112.
- Markman M, Bundy B, Alberts DS, et al. Phase III trial of standard-dose intravenous cisplatin plus paclitaxel versus moderately high-dose carboplatin followed by intravenous paclitaxel and intraperitoneal cisplatin in small-volume stage III ovarian carcinoma: an Intergroup Study of the Gynecologic Oncology Group, Southwestern Oncology Group, and Eastern Cooperative Group. *J Clin Oncol* 2001;19:1001–1007.
- Martinez A. Ovarian cancer. In: Gunderson L, Tepper J, editors. *Clinical Radiation Oncology*. 1st ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2000. pp. 939–957.
- McGuire WP, Hosking WJ, Brady MF, et al. Taxol and cisplatin improves outcome in patients with advanced ovarian cancer as compared to Cytoxan/cisplatin. *N Engl J Med* 1996;334(1):1–6.
- National Comprehensive Cancer Network. Clinical Practice Guidelines in Oncology: Ovarian Cancer. Available at: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/ovarian.pdf. Accessed on December 13, 2004.
- Ozols RF, Bundy BN, Greer E, et al. Phase III trials of carboplatin and paclitaxel compared with cisplatin and paclitaxel in patients with optimally resected stage III ovarian cancer: A Gynecology Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 2003;21:3194–3200.

- Piccart M, Bertelsen K, James K, et al. Randomized intergroup trial of cisplatin-paclitaxel versus cisplatin-cyclophosphamide in women with advanced epithelial ovarian cancer: Three-year results. *J Natl Cancer Inst* 2000;92:699-708.
- Rubin SC, Sabbatini P, Alektiar K, Randall M. Ovarian cancer. In: Puzdur R, Coia L, Hoskins W, Wagman L, editors. *Cancer Management: A Multidisciplinary Approach*. 8th ed. New York: CMP Healthcare Media; 2004. pp. 475-497.
- Smith JP, Rutledge FN, Delclos L. Postoperative treatment of early cancer of the ovary: a randomized trial between postoperative irradiation and chemotherapy. *Natl Cancer Inst Monogr* 1975;42: 149-153.
- Stambaugh MD. Ovary. In: Perez CA, Brady LW, Halperin EC, et al., editors. *Principles and Practice of Radiation Oncology*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. pp. 1934-1957.