



PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

Ediția: I

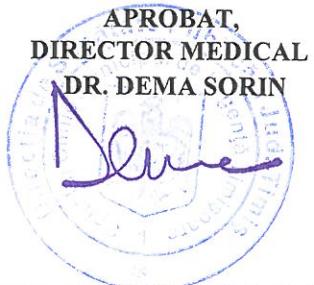
Revizia: 0

Data implementării:
.....

Exemplar nr. 1

PROTOCOL PRIVIND CANCERUL DE ENDOMETRU

Nr. 21 din 11.01.2021



PROTOCOL: PROTOCOL PRIVIND CANCERUL DE ENDOMETRU

COD: Pr. D. T-O.G.-SCMUT-02

(conform codificării de la pct. 3 din Ghid)

ECHIPA DE ELABORARE A PROTOCOLULUI:

Conf. Univ. Dr. Veronica Daniela Chiriac

Prof. Univ. Dr. Laurențiu Pirtea

SL. Dr. Doru Ciprian Crișan

Prof. Univ. Dr. Ioan Sas

Daniela Chiriac
Conf. Dr. DANIELA CHIRIAC
Prof. Univ. Dr. LAURENTIU PIRTEA
Medic șef secție
obsterică - ginecologie
cod 640640

Doru Ciprian Crișan
SL. DR. CRISAN D. CRIŞAN
Medic șef secție ginecologie
cod 777545

Ioan Sas
prof. DR. SAS IOAN
Medic șef secție
obsterică - ginecologie
Cod 096677

Conf. Univ. Dr. Hegheș Alina
farmacist primar clinician
farm.

Prezentul protocol medical a fost avizat de Consiliul medical, în cadrul ședinței din data de
11.01.2021 (P.V. nr. 1 din 11.01.2021).

Prezentul document este proprietatea Spitalului Clinic Municipal de Urgență Timișoara și nu poate fi reprodus, în totalitate sau în parte, decât cu acordul scris al instituției. Orice referire la acest document trebuie făcută cu indicarea sursei și cu menținerea în context a informațiilor.

1. CUPRINS	
2. LISTA DE DIFUZARE	3
3. SCOP ȘI OBIECTIVE (MOTIVARE ȘI FUNDAMENTARE)	3
4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ APLICABILE PROTOCOLULUI.....	3
5. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI.....	6
6. DESCRIEREA PROTOCOLULUI A METODELOR, A TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR.....	9
7. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE FIECĂREI INSTITUȚII PENTRU IMPLEMENTAREA PROTOCOLULUI, INCLUSIV COLABORĂRILE INTRAINSTITUȚIONALE ȘI INTERINSTITUȚIONALE.....	9
8. CONDIȚII DE ABATERE DE LA PROTOCOL.....	9
10. INDICATORI DE EFICIENTĂ ȘI EFICACITATE.....	9

2. LISTA DE DIFUZARE

Nr. crt.	Scopul difuzării	Microstructura/Persoana	Data difuzării	Semnătura
1.	Aplicare	O.G.		
2.	Informare	S.C.M.U.T.		
3.	Evidență	O.G.		

3. SCOP ȘI OBIECTIVE (MOTIVARE ȘI FUNDAMENTARE)

- Permite actualizarea cunoștințelor medicale și uniformizarea atitudinilor și/sau aptitudinilor medicale în ceea ce privește cancerul de endometru.
- Desfășurarea în condiții optime și sigure a ingrijirilor medicale, creșterea satisfacției pacientului, asigurarea continuității îngrijirilor, garantarea, ameliorarea și evaluarea calității îngrijirilor aferente activității ce privește cancerul de endometru.
- Asigură creșterea eficacității și eficientizarea costurilor și promovează utilizarea eficientă a resurselor medicale.
- Asigură crearea unei baze de cercetare pentru eliminarea continuă a incertitudinilor și riscurilor actelor medicale.
 - Oferă standarde auditabile, ce pot fi îmbunătățite.
 - Reduce semnificativ riscurile asociate procesului privind cancerul de endometru:
 - Agravarea stării de sănătate/ decesul pacientului
 - Apariția de infecții asociate asistenței medicale
 - Deficit de imagine a spitalului în mass-media.

4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ APLICABILE PROTOCOLULUI

- Legea nr.95/2006, privind reforma în sănătate;
- OMS nr.446/2018, privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor;
- OMS nr. 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003;
- OMS nr. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infectiilor asociate asistenței medicale în unitatile sanitare din atribuțiile managerului unității sanitare, a directorului medical, a medicului șef de secție A.T.I. sau secție cu risc, a medicului curant (indiferent de specialitate) după caz, face parte și: „[...] răspunde de derularea activității de screening al pacientilor pentru depistarea colonizarilor/infectiilor cu germenii multiplurezistenti, în conformitate cu prevederile programului național de supraveghere și control al infectiilor asociate asistenței medicale”;
- Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate în cadrul celui de al II-lea Ciclu de acreditare a spitalelor, cu modificările și completările ulterioare ce prevede
 - Cerința ”02.03.05.02 - Personalul medical consemnează informațiile privind îngrijirile acordate, rezultatele investigațiilor și recomandările terapeutice conform specialității” ce subscrive indicatorii:
 - ”02.03.05.02.02 - Ora și data efectuării consulturilor medicale și a intervențiilor medicale invazive, diagnostice și terapeutice, sunt consemnate în documentele medicale ale pacientului” aferent LV 28 – FO / documente medicale (în formă letrică sau/și digitală) – centralizarea datelor culese;

- "02.03.05.02.03 - În FO este consemnată fundamentarea medicală a recomandărilor de investigații" aferent LV 28 – FO / documente medicale (în formă letrică sau/și digitală) – centralizarea datelor culese;
 - "02.03.05.02.05 – În FO este consemnata ora la care pacientul este programat pentru efectuarea investigațiilor" aferent L.V. 25 – Aplicarea traseului pacientului.
- Cerința "02.12.04.02 - În practica medicală sunt aplicate și respectate protocoalele chirurgicale și anestezice" ce subscrive indicatorii:
 - "02.12.04.02.01 – Registrul de intervenții chirurgicale-protocol operator este completat la zi" aferent L.V. 52 – Managementul blocului operator (BO)/blocului de nașteri (BN)/unității operatorii independente(UOI)/sălii de operații (SO)/sălii de nașteri(SN);
 - "02.12.04.02.02 – La nivelul Consiliului medical există analize periodice ale respectării protocoalelor chirurgicale și anestezice" aferent L.V. 07 - Managementul activităților medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului medical și ale consiliului medical).
- Cerința "02.12.04.03 - Incidentele apărute în practica chirurgicală și anestezică sunt recunoscute și se iau măsuri imediate" ce subscrive indicatorii:
 - "02.12.04.03.01 – Incidentele chirurgicale/anestezice sunt consemnate în Registrul de intervenții chirurgicale-protocol operator/Protocolul de anestezie" aferent L.V. 52 – Managementul blocului operator (BO)/blocului de nașteri (BN)/unității operatorii independente(UOI)/sălii de operații (SO)/sălii de nașteri(SN), L.V. 60 – Managementul laboratorului de radiologie, imagistică, radiologie intervențională și medicină nucleară.
- Cerința "02.03.03.01 – Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical" ce subscrive indicatorii:
 - "02.03.03.01.02 – Spitalul stabilește criterii de prioritizare a intervențiilor chirurgicale" aferent L.V. 7 – Managementul activităților medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului medical și ale consiliului medical).
- Cerința "02.11.04.01 - Structurile medicale (secții/compartimente, laboratoare, farmacie etc.) identifică, evaluează și tratează riscul infecțios al activităților de asistență medicală" ce subscrive indicatorii:
 - "02.11.04.01.04 – Infecțiile de plagă operatorie sunt identificate și consemnate în FO de către medicul curant/chirurg operator" aferent L.V. 28 – FO / documente medicale (în formă letrică sau/și digitală) – centralizarea datelor culese.

- WHO. GLOBOCAN 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. 2012; http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx (3 April 2015, date last accessed).
- Lee NK, Cheung MK, Shin JY, et al. Prognostic factors for uterine cancer in reproductive-aged women. *Obstet Gynecol*. 2007; 109: 655– 662. [PubMed]
- Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și Documentare Medicală: Registrul Național de Cancer, MSP, București.2004.
- Jemal, A, Siegel, R, Ward, E, et al. Cancer statistics, 2007. *CA Cancer J Clin* 2007; 57:43.
- Sherman, ME, Carreon, JD, Lacey, JV Jr, Devesa, SS. Impact of hysterectomy on endometrial carcinoma rates in the United States. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97:1700
- Henderson, BE. The cancer question: An overview of recent epidemiologic and retrospective data. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161:1859.
- Potischman, N, Swanson, CA, Siiteri, PK, Hoover, RN. Reversal of relation between body mass and endogenous estrogen concentrations with menopausal status. *J Natl Cancer Inst* 1996; 88:756.
- Soliman, PT, Oh, JC, Schmeler, KM, et al. Risk factors for young premenopausal women with endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 2005; 105:575.

- Barry JA, Azizia MM, Hardiman PJ. Risk of endometrial, ovarian and breast cancer in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2014; 20: 748–758.
- Brinton LA, Berman ML, Mortel R, et al. Reproductive, menstrual, and medical risk factors for endometrial cancer: results from a case-control study. *Am J Obstet Gynecol*. 1992; 167: 1317–1325.
- Zucchetto A, Serraino D, Polesel J, et al. Hormone-related factors and gynecological conditions in relation to endometrial cancer risk. *Eur J Cancer Prev*. 2009; 18: 316–321. [PubMed]
- Boronow, RC, Morrow, CP, Creasman, WT, et al. Surgical staging in endometrial cancer: clinical-pathologic findings of a prospective study. *Obstet Gynecol* 1984; 63:825.
- Creasman, WT, Morrow, CP, Bundy, BN, et al. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer. A Gynecologic Oncology Group Study. *Cancer* 1987; 60:2035.
- Dash, RC, Doud LG. Correlation of pap smear abnormalities in endometrial adenocarcinomas (Abstract). *Acta Cytol* 2001; 45:835.
- Gu, M, Shi, W, Barakat, RR, et al. Pap smears in women with endometrial carcinoma. *Acta Cytol* 2001; 45:555.
- Schorge, JO, Hossein Saboorian, M, Hynan, L, Ashfaq, R. ThinPrep detection of cervical and endometrial adenocarcinoma: a retrospective cohort study. *Cancer* 2002; 96:338.
- Guidos, BJ, Selvaggi, SM. Detection of endometrial adenocarcinoma with the ThinPrep Pap test. *Diagn Cytopathol* 2000; 23:260.
- Burk, JR, Lehman, HF, Wolf, FS. Inadequacy of papanicolaou smears in the detection of endometrial cancer. *N Engl J Med* 1974; 291:191.
- ACOG practice bulletin, clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists, number 65, August 2005: management of endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 2005; 106:413.
- Lu, KH, Dinh, M, Kohlmann, W, et al. Gynecologic cancer as a "sentinel cancer" for women with hereditary nonpolyposis colorectal cancer syndrome. *Obstet Gynecol* 2005; 105:569.
- Aarnio, M, Sankila, R, Pukkala, E, et al. Cancer risk in mutation carriers of DNA-mismatch-repair genes. *Int J Cancer* 1999; 81:214.
- Smith, RA, von Eschenbach, AC, Wender, R, et al. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer: update of early detection guidelines for prostate, colorectal, and endometrial cancers. *CA Cancer J Clin* 2001; 51:38.
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Uterine neoplasms.V.I.2008. Available from url: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/uterine.pdf
- Connor, JP, Andrews, JI, Anderson, B, Buller, RE. Computed tomography in endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 2000; 95:692.
- Zerbe, MJ, Bristow, R, Grumbine, FC, Montz, FJ. Inability of preoperative computed tomography scans to accurately predict the extent of myometrial invasion and extracorporeal spread in endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2000; 78:67.
- Kinkel, K, Kaji, Y, Yu, KK, et al. Radiologic staging in patients with endometrial cancer: a meta-analysis. *Radiology* 1999; 212:711.
- Frei, KA, Kinkel, K. Staging endometrial cancer: role of magnetic resonance imaging. *J Magn Reson Imaging* 2001; 13:850.
- Cunha, TM, Felix, A, Cabral, I. Preoperative assessment of deep myometrial and cervical invasion in endometrial carcinoma: comparison of magnetic resonance imaging and gross visual inspection. *Int J Gynecol Cancer* 2001; 11:130.
- Morrow, CP, Bundy, BN, Kurman, RJ, et al. Relationship between surgical-pathological risk factors and outcome in clinical stage I and II carcinoma of the endometrium: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 1991; 40:55.
- Creasman, WT, Odicino, F, Maisonneuve, P, et al. Carcinoma of the corpus uteri. *J Epid Biostat* 2001; 6:45.
- Boronow, RC, Morrow, CP, Creasman, WT, et al. Surgical staging in endometrial cancer: clinical-pathologic findings of a prospective study. *Obstet Gynecol* 1984; 63:825.

- Creasman, WT, Morrow, CP, Bundy, BN, et al. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer. A Gynecologic Oncology Group Study. *Cancer* 1987; 60:2035.
- Chan, JK, Loizzi, V, Youssef, M, et al. Significance of comprehensive surgical staging in noninvasive papillary serous carcinoma of the endometrium. *Gynecol Oncol* 2003; 90:181.
- Gehrig, PA, Groben, PA, Fowler, WC Jr, et al. Noninvasive papillary serous carcinoma of the endometrium. *Obstet Gynecol* 2001; 97:153.
- Franchi, M, Ghezzi, F, Melpignano, M, et al. Clinical value of intraoperative gross examination in endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2000; 76:357.
- Lee, NK, Cheung, MK, Shin, JY, et al. Prognostic factors for uterine cancer in reproductive-aged women. *Obstet Gynecol* 2007; 109:655.
- Collins R, Scrimgeour, A Yusuf R, Peto R. Reduction in fatal pulmonary embolism and venous thrombosis by perioperative administration of subcutaneous heparin. Overview of results of randomized trials in general, orthopedic and urologic surgery. *N Engl J Med* 1988;318(18:1162-73).
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network(SIGN). Prophylaxis of venous thromboembolism. Edinburgh: SIGN 2002. SIGN Publication no. 62. Available from url: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/62/index.html>.
- Seria Ghiduri Clinice Pentru Obstetrică și Ginecologie. Ghidul 02/Revizia 0: Profilaxia cu antibiotice în obstetrică-ginecologie.2007;5-6. <http://www.ghiduriclinice.ro/documents/gynecology/GHID%2002%20Profilaxia%20cu%20antibiotice%20in%20obstetrica-ginecologie.pdf>.
- Society of Gynecologic Oncologists (SGO) publication entitled Management of Endometrial Cancer available online at: www.sgo.org/publications/EndoGuidelines.doc.
- Naumann, RW, Coleman, RL. The use of adjuvant radiation therapy in early endometrial cancer by members of the Society of Gynecologic Oncologists in 2005. *Gynecol Oncol* 2007; 105:7.

5. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

Nr. crt.	Termenul	Definiția și/sau dacă este cazul, actul care definește termenul
5.1. DEFINIȚII:		
1	cancer de endometru	tumoră malignă cu origine în țesutul endometrial
5.2. ABREVIERI:		
1	SCMUT	Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara
2	O.G.	Obstetrică-Ginecologie
3	AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (Revizia Ghidurilor pentru Cercetare & Evaluare)
4	APTT	Timpul de tromboplastină parțial activată
5	BRCA	Breast Cancer gene
6	CA 125	Cancer Antigen 125
7	EIN	Neoplazie intraepitelială de endometru
8	ER	Receptori pentru estrogeni
9	FIGO	Federația Internațională de Ginecologie și Obstetrică
10	GTE	Grupul Tehnic de Elaborare
11	GTR	Grupul Tehnic de Revizie
12	HAE	Hiperplazie atipică de endometru
13	HLG	Hemoleucogramă
14	HP	Histopatologic

15	IRM	Imagistică prin Rezonanță Magnetică
16	INR	International Normalised Ratio
17	LVSI	Invazia spațiului vascular limfatic
18	mg	Miligrame
19	MA	Megestrol acetat
20	MPA	Medroxiprogesteron acetat
21	OMS	Organizația Mondială a Sănătății
22	ONU	Organizația Națiunilor Unite
23	PGr (+/-)	Receptori pentru progesteron (pozitivi/negativi)
24	PET-CT	Tomografie computerizată cu emisie de pozitroni
25	RT	Radioterapie
26	SIDA	Sindromul imunodeficienței dobândite
27	SUA	Statele Unite ale Americii
28	TC	Tomografie computerizată
29	TNM	Stadializare Tumoră, Nodul, Metastază
30	TQ	Timpul Quick
31	TS	Timpul de sângeare
32	UNFPA	United Nations Population Fund (Fondul ONU pentru Populație)

6. DESCRIEREA PROTOCOLULUI A METODELOR, A TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

EVALUARE ȘI DIAGNOSTIC

Screening

- Se recomandă medicului să nu practice screening-ul de rutină pentru depistarea cancerului de endometru.
- Se recomandă medicului să efectueze screening pentru cancerul de endometru pacientelor cu istoric familial de sindrom Lynch, prin examinare ginecologică, ecografie transvaginală și biopsie de endometru, anual începând de la 35 de ani. După 40 de ani, medicul poate lua în considerare histerectomia cu anexectomia bilaterală, preferabil printr-o metodă chirurgicală minim-invazivă.

Evaluarea pacientelor cu stadii incipiente și care doresc prezervarea fertilității

- Pacientele cu hiperplazie atipică de endometru/neoplazie intraepitelială de endometru (HAE/EIN) sau cu cancer endometrioid de endometru gradul histologic I, diagnosticul trebuie certificat în urma unui chiuretaj uterin cu sau fără histeroscopie.
- Se recomandă evaluarea pacientelor prin imagistică prin rezonanță magnetică (IRM) pentru a exclude invazia în miometru sau a anexelor.
- Pentru pacientele care doresc prezervarea fertilității medicul poate să inițieze tratament cu medroxiprogesteron acetat (MPA) – 400-600 mg/zi, sau megestrol acetat (MA) – 160-320 mg/zi. Tratamentul cu dispozitive intrauterine cu eliberare de Levonorgestrel, cu sau fără analogi de GnRh, poate fi luat în considerare.
- Pacientele trebuie monitorizate la 6 luni prin chiuretaj uterin, histeroscopie și IRM pentru evaluarea răspunsului la terapie.
- Dacă răspunsul este complet, se recomandă ca pacienta să fie încurajată să se adreseze unui centru de tratament al infertilității.
- Dacă pacienta amână momentul concepției se recomandă menținerea terapiei.
- Dacă pacienta nu răspunde la terapia cu derivați progesteronici sau dacă pacienta a obținut o sarcină, se recomandă histerectomie totală cu anexectomie bilaterală.

Diagnostic, bilanț pre-terapeutic și stadializare

- În cazul unei sângerări uterine anormale în perioada de tranziție la menopauză și în postmenopauză, medicul trebuie să investigheze starea endometrului prin:
 - Ecografie transvaginală sau transrectală
 - Histeroscopie diagnostică
 - Chiuretaj uterin sau biopsie de endometru cu pipelle / histeroscopică cu examenul histopatologic (HP) al fragmentelor tisulare obținute
- Medicul trebuie să indice ca bilanțul pre-terapeutic să cuprindă ca investigații minime obligatorii:
 - radiografie pulmonară
 - ecografia abdomenului superior și inferior
 - electrocardiogramă
 - analize de laborator:
 - hemoleucogramă (HLG) completă
 - teste de coagulare (TQ, INR, APTT, TS)
 - glicemie
 - transaminaze, bilirubină, creatinină, uree.
- În funcție de simptomatologie, medicul poate indica imagistica prin rezonanță magnetică (IRM), tomografie computerizată (TC), scintigrafie osoasă, colonoscopie, cistoscopie.
- În cazul suspicionării extensiei procesului tumoral la nivelul colului uterin, medicul poate să indice efectuarea unui examen TC/IRM.
- În cazul stadiului I, grad 1 sau 2, se recomandă ca medicul să indice evaluare folosind minim una dintre metodele: ultrasonografie sau IRM.
- Se recomandă utilizarea altor metode imagistice (TC torace, abdomen, pelvis), IRM, PET-CT, ultrasonografie pentru detectarea extensiei bolii la nivel ovarian, ganglionar, peritoneal sau a metastazelor. Medicul poate indica testarea nivelului CA 125 sau HE 4.
- Medicul poate să secționeze piesa în sala de operație pentru o stadializare și o conduită terapeutică corecte.
- Identificarea ganglionului sentinelă în cancerul endometrial este fezabilă și are o acuratețe crescută în predicția invaziei ganglionare.

CONDUITĂ

Tratamentul chirurgical în stadiul I de cancer de endometru

- Se recomandă ca medicul ginecolog oncolog să efectueze tratamentul chirurgical al cancerului de endometru suspectat preoperator.
- Preoperator, medicul trebuie să efectueze profilaxia bolii tromboembolice cu heparină nefracționată sau heparine cu greutate moleculară mică.
- Preoperator, medicul trebuie să efectueze antibioticoprofilaxie.
- În toate cazurile de cancer de endometru în stadiul I, medicul trebuie să practice hysterectomia totală extrafascială fără colpectomie, cu anexectomie bilaterală.
- Conservarea anexelor poate fi luată în calcul la pacientele mai tinere de 45 de ani cu cancer endometrial endometrioid grad histologic 1, cu < 50% invazie a miometrului.
- Medicului îi este recomandat să excludă de la această atitudine pacientele cu istoric familial cancer ovarian (mutații BRCA, sindrom Lynch, etc.).
- Dacă se optează pentru conservarea ovarelor este obligatorie salpingectomia bilaterală.

- Se recomandă medicului să practice chirurgia minim invazivă în cazul cancerelor de grad scăzut sau intermediu.
- În cazul cancerelor de grad înalt medicul poate tenta chirurgia laparoscopică.
- Medicul poate efectua histerectomia cu salpingectomie și ooforectomie pe cale vaginală la pacientele cu contraindicație pentru chirurgia standard și la paciente selectate cu risc scăzut.
- În cazul pacientelor cu contraindicație chirurgicală, radioterapia sau terapia hormonală pot fi considerate ca opțiuni și pacienta va fi adresată medicului oncolog pentru evaluare.
- Citologia peritoneală nu mai este obligatorie pentru stadializare.
- Dacă se optează pentru limfadenectomie, se recomandă excizia sistematică a ganglionilor pelvini și paraaortici, până la nivelul arterei mezenterice inferioare.
- Pentru pacientele cu risc scăzut (grad I-II), invazie a miometrului <50% medicul trebuie să nu practice limfadenectomia.
- La pacientele cu risc intermediu (invazia miometrului > 50%, sau grad histologic 3 cu invazia miometrului <50%), limfadenectomia poate fi realizată în scopul stadializării corecte.
- La pacientele cu risc crescut, limfadenectomia este recomandată.
- Limfadenectomia secundară unei intervenții chirurgicale incomplete poate fi considerată pentru paciente cu grad înalt de cancer de endometru.
- Disecția nodulului limfatic sentinelă poate fi realizată cu albastru de metilen sau indocianin green.

Tratamentul chirurgical în stadiul II de cancer de endometru

- Pentru pacientele cu stadiul II se recomandă histerectomia totală ± radioterapie.
- Histerectomia radicală (tip A sau B) cu limfadenectomie pelvină poate fi efectuată în cazul pacientelor cu stadiul II, atunci când condițiile medicale asociate o permit dacă este necesară obținerea marginilor libere.
- Limfadenectomia este recomandată pentru stadializarea corectă a cancerului de endometru diagnosticat ca stadiu II clinic sau intraoperator.

Tratamentul chirurgical în stadiul III-IV de cancer de endometru

- Se recomandă medicului să efectueze citoreducția macroscopică completă și stadializarea corectă pentru stadiile III-IV de cancer endometrial.

Managementul cancerelor de endometru non-endometrioid

- Se recomandă medicului să efectueze limfadenectomia pentru stadiul I de cancer endometrial non-endometrioid.
- Omentectomia pentru stadializare în carcinomul cu celule clare, carcinomul endometrial nediferențiat și carcinosarcom nu este obligatorie.

Tratamentul adjuvant al cancerului de endometru

- Se realizează la indicația și în urma evaluării realizate de medicul oncolog.

Tratamentul cancerului de endometru avansat (stadiul III cu boală reziduală și IV) sau recidivat

- La pacientele cu recidivă, se recomandă ca medicul să practice excizia tumorii, doar dacă se preconizează citoreducție optimă.
- În cazuri selecționate se poate opta pentru chirurgie paliativă pentru tratamentul unor simptome specifice, extenterație sau rezecția oligometastazelor sau a nodulilor ganglionari restanți.
- În cazul leziunilor nerezecabile, este recomandat să se practice biopsia tumorii urmată de chimio/radioterapie.
- Terapia adjuvantă se realizează la indicația medicului oncolog.

Obținerea consimțământului informat

- Medicul trebuie să obțină consimțământul informat al pacientei pentru intervenția chirurgicală;
- Medicul trebuie să accepte refuzul pacientei pentru orice tratament propus și să menționeze acest lucru în foaia de observație;

URMĂRIRE ȘI MONITORIZARE

Monitorizarea postoperatorie imediata

- Se recomandă urmărirea postoperatorie a următorilor parametrii: sângerare vaginală, drenajul abdominal, reluarea tranzitului intestinal, vindecarea plăgii operatorii;
- Se recomandă încurajarea mobilizării precoce a pacientei;
- Se recomandă supravegherea evoluției plăgii operatorii;

Monitorizarea pe termen lung

- Medicul trebuie să indice pacientelor tratate pentru cancer de endometru, să revină la controale periodice astfel:
 - în primul an - la 3 luni
 - în al doilea an - la 6 luni
 - ulterior - anual.
- Medicul trebuie să recomande radiografie pulmonară, anual.
- Medicul trebuie să recomande citologie vaginală la 6 luni în primii 2 ani, apoi anual.
- Medicul poate să recomande determinarea CA 125 la cazurile la care acesta a fost crescut inițial.

7. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE FIECĂREI INSTITUȚII PENTRU IMPLEMENTAREA PROTOCOLULUI, INCLUSIV COLABORĂRILE INTRAINSTITUȚIONALE ȘI INTERINSTITUȚIONALE

- Resurse umane, competențe necesare: medic primar/specialist ginecolog/chirurg generalist cu supraspecializare în oncologie, medic rezident, asistentă medicală din secțiile ginecologie, ATI și bloc operator, medic specialist/primar anatomie patologică
- Resurse materiale, echipamente medicale: acces la laborator analize, acces la sala de operații, instrumentar chirurgical adecvat, laborator de anatomie patologică pentru examinarea la parafină a piesei tumorale și a ganglionilor

8. CONDIȚII DE ABATERE DE LA PROTOCOL

Deși protocolul reprezintă o fundamentare a bunei practici medicale bazate pe cele mai recente dovezi științifice disponibile în domeniu, nu trebuie considerat că aceste recomandări includ toate intervențiile potrivite sau exclud pe toate cele nepotrivite pentru situația în cauză. Protocolul nu intenționează să înlocuiască raționamentul medical la fiecare caz în parte. Decizia medicală trebuie să ia în considerare particularitățile individuale și opțiunea pacientului, precum și resursele, caracterele specifice și limitările institutiilor de practica medicală. Fiecare medic care aplică recomandările în scopul stabilirii unui plan terapeutic trebuie să utilizeze propriul raționament medical independent, în funcție de fiecare caz în parte și în funcție de experiența personală în corelație cu dotarea instituției în care acesta își desfășoară activitatea.

În caz de necesitate clinicienii vor apela la judecata clinică, cunoștințele și experiența pe care le au pentru a decide abaterea de la protocolul dezvoltat. Abaterile de la prevederile protocolului dezvoltat se vor documenta și se vor argumenta în FOOG ținând cont decircumstanțele individuale ale fiecărui bolnav, de opțiunile exprimate de către pacient și de experiența clinică a practicianului.

9. INDICATORI DE EFICIENTĂ ȘI EFICACITATE

Indicatori de eficacitate: ameliorarea scorurilor chestionarelor de evaluare aplicate pacientului la externare comparativ cu internare.

Indicatori de eficiență:

- Proporția pacienților reinternați (fără programare) în intervalul de 30 de zile de la externare cu diagnosticul de cancer endometrial, în ultimul an calendaristic;
- Numărul de pacienți internați cu diagnosticul de cancer endometrial care au dezvoltat complicații, în ultimul an calendaristic;
- Procentul pacienților internați și transferați către alte spitale din total pacienți internați cu diagnosticul de cancer endometrial, în ultimul an calendaristic;
- Numărul de reclamații/plângeri ale pacienților legate de pacienții internați cu diagnosticul de cancerul endometrial în ultimul an calendaristic;
- Rata infecțiilor asociate asistenței medicale pentru pacienții cu diagnosticul de cancer endometrial, în ultimul an calendaristic.