

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14 и 43/14), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНАТА, ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
ГИНЕКОЛОШКИ ТУМОРИ

Член 1

Со ова упатство се пропишува целите и начинот на спроведување на медицинската грижа кај гинеколошките тумори.

Член 2

Начинот на спроведување на медицинското згрижување кај гинеколошките тумори, засновано на медицината, базирана на докази е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници кои вршат здравствената дејност за медицинско згрижување на гинеколошките тумори, по правило, согласно со ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот, може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на третманот, при што тоа од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на неговото донесување.

Бр. 07-3060/1
12 март 2014 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ГИНЕКОЛОШКИ ТУМОРИ

МБД Упатства
22.2.2011

- Основни податоци
- Тумори на грлото на матката
- Карцином на грлото на матката
- Тумори на телото на матката
- Бенигни тумори на телото на матката
- Карцином на ендометриумот
- Тумори на овариум
- Бенигни оваријални тумори
- Оваријален карцином
- Тумори на вулва и вагина
- Карцином на вагина
- Карцином на вулва
- Гестациска трофобластна болест
- Поврзани извори
- Референци

Основни податоци

- Раната дијагноза и третман на карциномот на гениталните органи кај жената ја подобрува прогнозата на болеста.
- Најголемиот број на бенигни тумори и сите малигни тумори, како и нивните преканцерозни форми, потребно е да бидат евалуирани од страна на специјалист гинеколог-акушер.
- Да не се третираат пациентките само врз основа на нивните симптоми. Секогаш е потребно да се изведе бимануелен преглед на малата карлица кај сите пациентки, вклучително и кај постари пациентки (или да се упати пациентката во најблискиот центар каде што ќе се изведе соодветен преглед).
- Брис по Папаниколау (ПАП тест), ендометријална биопсија и ултразвучен преглед на малата карлица ги претставуваат основните инвестициони процедури кои се спроведуваат при амбулантски преглед на гинеколошка пациентка.

Тумори на грлото на матката (цервикс)

Симптоми и дијагноза

- Симптомите се манифестираат или како зголемен вагинален исцедок (секрет) или појава на крвав секрет, како и посткоитално контактено крвавење. Не мора секогаш да се присутни специфични симптоми, но промените може да се откријат со спроведување на рутински преглед.
- Вагиналната цитологија (ПАП тест; види во делот за ПАП тест) претставува едно од најважните иследувања.
- Дополнителните иследувања се колпоскопски преглед и биопсија на грлото на матката и/или ендоцервикална киретажа.

Бенигни промени на грлото на матката

- *Naboth-ева циста* настанува како последица од оклузија на луменот на жлездите во мукозата на грлото на матката. Поголемите цисти може да се отворат, на пример, со пинцета со тап врв.
- Појава на крвав исцедок, често посткоитален, може да претставува симптом на *цервикален полип*. Големината на полипите варира од неколку милиметри до 2 cm. Полипите на петелка потекнуваат од ендocerвиксот, но понекогаш и од ендометриумот. Полипот може да се отстрани по пат на авулзија со помош на фенестрирана фаќалка за полипи. Цервикалните полипи се, главно, бенигни промени, но препорачливо е да се испратат на хистопатолошка анализа. Полипите имаат тенденција да се повторуваат. Во случај на повторно појавување (рекуренца) на полипот, се препорачува спроведување на ендocerвикална и ендометријална киретажа.
- *Condylomata* се асоцирани со хуман папилома вирусна (ХПВ) инфекција на грлото на матката.

Карцином на грлото на матката

- Спроведувањето на организиран скрининг (ПАП тест) и ефикасниот третман на преканцерозните состојби ја намалуваат инциденцата на ова заболување. Цервикалниот карцином е често заболување во голем број земји во развој и со висока стапка на морталитет.
- Цервикалниот карцином ги афектира младите жени (помлади од 30 години).

Симптоми и дијагноза

- Крвав вагинален исцедок и исцедок со непријатна миризма или појава на посткоитално точкasto (*spotting*) крвање се најчест симптом. Повеќето пациентки немаат никаков симптом.
- Се детектира со помош на ПАП тестот. Проширеноста и длабочината на инвазијата се утврдуваат преку биопсија, конизација, киретажа и со помошна радиолошки иследувања, *MRI (magnetic resonance imaging)* и ултразвук.
- Најчесто се работи за сквамозно клеточни карциноми, но околу 15-20% се аденокарциноми кои не се детектираат со ПАП тест како сквамозно клеточните карциноми.
- Доколку постои дискрепанца помеѓу клиничкиот статус и ПАП тестот, се препорачува спроведување на биопсија и ендocerвикална киретажа.

Третман

- Зависи од проширеноста на болеста.
- Микроинвазивниот карцином се третира со изведување на хистеректомија, ампутација на цервиксот или конизација кај која оперативниот рез минува во здраво (доколку е неопходна презервација на фертилноста).
- Трахелектомијата претставува радикална хируршка процедура со која се отстранува грлото на матката со околното парацервикално ткиво и спроведување на пелвична лимфаденектомија, но со зачувување на телото на матката и аднексите. Се спроведува кај селектирани случаи кога пациентките се млади и сèуште имаат желба за остварување на бременост.
- Инвазивните карциноми и тумори, лимитирани на утерусот, се третираат со предоперативна интраутерина радиотерапија, радикална хистеректомија, *Wertheim*-ова операција и, доколку е неопходно, со аплицирање на постоперативна екстерна радиотерапија на малата карлица, а понекогаш со проширување на полето на радиотерапија

во парааорталниот регион или спроведување на комбинирана радиотерапија (ннд-С)¹. Радиотерапијата може да се комбинира и со хемотерапија (т.н. хеморадиотерапија) (ннд-А).

- Кај случаи со поголема проширеност на болеста, се третираат само со радиотерапија, обично комбинирана со хемотерапија (ннд-А). Кај некои случаи хистеректомија може да се изведе по радиотерапијата.

Следење

- Контролните прегледи се спроведуваат, главно, во амбулантскиот дел на гинеколошките клиници во период од 3-5 години, по овој период прегледите продолжуваат еднаш годишно во системот на примарната здравствена заштита (матичен гинеколог).
- Се спроведува преку изведување на ПАП тест, колпоскопија и, доколку е неопходно, анализа на крвта и радиолошки иследувања (рендгенографија на градниот кош на секои 1 или 2 години).

Прогноза

- Стапката на петгодишното преживување за пациентки со карцином, ограничен на цервиксот (Стадиум I) е 90%, 65% за оние со Стадиум II и 35% за оние со Стадиум III.

Тумори на телото на матката

Симптоми

- Абнормалното утерусно крвање е најчестиот симптом. Кај 10% од пациентките ендометријалниот карцином е причина за постменопаузално крвање.

Дијагноза

- Преку обезбедување на биоптичен материјал од утерусната шуплина (*cavum uteri*) (*Види упатство за ПАП (цервикален) брис и ендометријална биопсија*). Вагиналниот ултразвучен преглед се користи за мерење на дебелината на ендометриумот и помага во откривањето на можни полипи и миоми. (*Види упатство за гинеколошки ултразвучни иследувања*). По менопаузата, ендометриум со дебелина под 5 mm ретко укажува на малиген процес, но дебелина над 10 mm претставува абнормален наод и неопходно е добивање биоптичен материјал од ендометриумот (киретажа). Во случај на малиген процес, ултразвучниот наод открива нерегуларен, нерамномерен ендометриум со просечна дебелина од 15 mm. Кај жени во репродуктивен период дебелина на ендометриум од преку 18 mm се смета за абнормален наод и наложува дополнителни ивентигации (биопсија/киретажа).
- Причината за постменопаузално крвање мора секогаш да биде јасно потврдена пред започнувањето на третман. Нормален резултат на ПАП тестот не исклучува постоење на карцином на ендометриумот.

Клинички статус

- Зголемен туморозен утерус обично укажува на постоење на миоми.

¹Ннд-Ниво на доказ.

Бенигни тумори на телото на матката

- Ендометријален полип може да биде причина за пролонгирано, обилно менструално крвавење или точкасто (spotting) крвавење. Полипите може да се видат со помош на ултразвук и уште попрецизно со инјектирање на физиолошки раствор во утерусната шуплина (сонохистерографија).
- Полипите се отстрануваат со хистероскопија или со киретажа. Полипите ретко се малигни (1%), но ендометријална хиперплазија се појавува почесто (10%).

Ендометријална хиперплазија

- Причината лежи во ексцесивниот ефект на естрогенот врз ендометриумот или во дефициентниот или краткотраен ефект на прогестеронот. Обично се јавува во пременопаузалниот период, кога постои зголемен број на ановулаторни циклуси.
- Дијагнозата се поставува преку ендометријална биопсија или киретажа:
 - Цистичната хиперплазија на ендометриумот (*hyperplasiasimplex*) е најчестата форма (ако не се третира, ризикот од карцином е 2%).
 - Во пременопаузалниот период, третманот се состои од примена на цикличен прогестин (на пр. *medroxyprogesteroneacetate (MPA) 10 mg* во периодот од 15 до 24 ден од менструалниот циклус), сè додека пациентката има крвавења. Доколку крвавењето е профузно и пролонгирано, во предвид доаѓа и хистеректомијата како опција.
- Аденоматозната хиперплазија (*hyperplasiacomplexa*) претставува посериозна состојба. 20-30% од нетретираните пациентки развиваат карцином на ендометриумот. Третманот претставува хистеректомија кај пери и постменопаузалните жени и континуирана високо-дозажна прогестациска терапија (на пр. *MPA 100 mg/ден*) и контролни ендометријални биопсии кај жени во фертилен период.
- Атипичната хиперплазија (*hyperplasiacomplexa atypica*) претставува уште посериозна состојба. Без третман, 50% од жените ќе развијат ендометријален карцином во период од 5 години. Третманот е хистеректомија.

Миоми на утерусот

- Миомите (“фиброиди“) претставуваат бенигни мазномускулни тумори (леиомиоми) на утерусот.
- Секоја трета жена во фертилниот период има миом.
- 0.1% се малигни леиомиосаркоми.
- Големината на миомите варира во голема мера.
- Повеќето миоми се асимптоматски. Интрамуралните и супсерозните миоми може да предизвикаат симптоми на притисок и болка во малата карлица, да предизвикуваат иритација на мочниот меур и да предизвикаат нарушување во функцијата на мочниот меур и цревата.
- Субмукозните миоми (15%), кои се поставени под мукозната мембрана на утерусот (ендометриумот), предизвикуваат обилни крвавења, проследени со анемија.
- Се детектираат со гинеколошки преглед на малата карлица и се потврдува нивното присуство со ултразвучен преглед.
- Може да постојат тешкотии во диференцирањето помеѓу миом и оваријален тумор.
- Третман:
 - Асимптоматските миоми нема потреба да се третираат; се препорачува следење со ултразвучен преглед на секои 6-9 месеци.
 - Големи, брзо-растечки миоми кои предизвикуваат симптоми, имаат потреба од третман.

- Хистеректомија, кога пациентката не планира повеќе да забременува.
 - Миомот претставува најчеста индикација за хистеректомија (30-50%).
- Енуклеација (миомектомија) на миомите, доколку постои потреба од задржување на утерусот.
- Емболизација на *arteriauterina* може да се примени кај селектирани случаи. (1)
- Субмукозните миоми може да се отстранат со хистероскопска миомектомија.
- Терапија со лекови (на пр. *GnRH* аналози) може да се користи за да се редуцира димензијата на миомите пред операција.

Карцином на ендометриумот

- Средна возраст при дијагностицирањето е 65 години.
- Најчесто се работи за аденокарцином на ендометриумот.
- Вообичаен симптом претставува абнормално крвање (90%).
- Ризикот се зголемува со обезитетот, дијабетес, висок крвен притисок, ановулаторни циклуси, задоцнета менопауза, нулипаритет, фамилијарна историја, третман со естрогени без прогестин и антиестрогенски третман (*tamoxifen, toremifene*).

Дијагноза

- Дијагнозата се поставува како кај тумори на телото на матката.
- Ендометријалната биопсија овозможува рана детекција.
- Екстензивноста на болеста предоперативно се одредува со киретажа, хистероскопија, со ултразвучни и *MRI* иследувања.
- Стадиумот на болеста се одредува според хируршко-патолошкиот систем за одредување на стадиумот на болеста (*FIGO*¹).

Третман

- Третманот се состои од тотална хистеректомија и билатерална салпинго-оофоректомија (болеста е најчесто задржана на утерусот). Пелвичните, а понекогаш и парааорталните лимфни јазли се отстрануваат (*ннд-С*), со цел да се процени екстензивноста на карциномот. Употребата на лапароскопската техника го забрзува здравувањето.
- Доколку карциномот е површински и добро диференциран, кај пациентката може да се даде постоперативна вагинална радиотерапија (*ннд-А*).
- Доколку карциномот е поекстензивен и/или лошо диференциран, пациентката добива надворешна радиотерапија во регионот на малата карлица, а понекогаш се вклучува и парааорталниот регион и во селектирани случаи медикаментен третман (цитотоксичен или хормонски).

Следење

- Следењето се спроведува во поликлиничкиот дел на гинеколошките клиници во период од 3 до 5 години, а потоа на годишно ниво во системот на примарната здравствена заштита (матичен гинеколог).
- Клинички преглед, ПАП тест, рендгенографија на градниот кош, ултразвучен преглед на малата карлица.
- Обично, рецидивирање на болеста се јавува во вагината.

Прогноза

¹FIGO- Federation International de Gynecologie et d'Obstetrique.

- Двотретини од пациентките имаат градус I на карциномот, за којшто стапката на 5-годишно преживување е над 80%.

Оваријални тумори

- Оваријалните тумори се вообичаени за сите возрасни групи. 85% се бенигни.
- Малигните тумори се јавуваат почесто кај постменопаузални жени.
- Во репродуктивниот период повообичаени се функционалните оваријални тумори, но кај жени над 50-годишна возраст речиси половината се малигни.

Симптоми

- Повеќето оваријални тумори не предизвикуваат никакви симптоми и се откриваат за време на клинички преглед или на ултразвучен преглед.
- Хормонски активните тумори може да предизвикаат нарушувања на менструалниот циклус.
- Големите тумори предизвикуваат чувство на притисок, отекување на абдоменот и зачестено мокрење.

Дијагноза

- Преглед на малата карлица се спроведува кај сите пациентки.
- Трансвагиналниот и абдоминалниот ултразвучен преглед претставува есенцијална дијагностичка алатка.
- Сите видови на оваријални тумори мора да бидат иследени. Хистолошкиот преглед ќе ја открие природата на туморот.
- Како комплементарно иследување може да послужи и одредувањето на нивото на тумор маркерите, посебно СА-125, иако не е специфичен показател, бидејќи и ендометриозата и инфекциите може да го зголемат нивото на овој маркер.
- Раното откривање на оваријалниот карцином сигнификантно ја подобрува прогнозата. Три од четири оваријални карциноми за прв пат се детектираат, откако веќе се проширени во абдоминалната празнина.
- Туморите на утерусот (најчесто миомите), полн мочен меур, фекални маси во цревата, десцендиран бубрег во малата карлица, ендометриоза и тумори по потекло од интестинален или уринарен тракт, треба да се земат во предвид диференцијално дијагностички.

Патологија

- Потеклото и структурата на оваријалните тумори варира, но најголемиот број (90%) се епителни (серозни, муцинозни). Туморите може да се бенигни, малигни или т.н. бордерлајн тумори.
- Некои се хормонски активни.

Бенигни оваријални тумори

- За време на репродуктивниот период, функционалните оваријални цисти се најчести: фоликуларни цисти и цисти на *corpus luteum*. Ако се унилокуларни и помали од 5 cm, најчесто исчезнуваат спонтано.
- Некои цисти (на пр. цисти на *corpus luteum*) може да руптурираат, да предизвикаат обилно крвавење, при што се јавува потреба за итна хируршка интервенција.
- Може да дојде до торквација; ова води до ткивна исхемија, што наложува хируршка интервенција.
- Друг вид на цисти се параоваријалните цисти и дермоидните цисти, кои се третираат лапароскопски. (*инд-А*)

- Доколку кај жена во пременопаузалниот период се утврди постоење на циста со јасна овална форма и рамни рабови, помала од 5 cm во дијаметар, со помош на ултразвук и притоа нема присуство на папиларни структури или прегради, доволно е да се повтори прегледот по 3 месеци. Сите други типови на цисти имаат потреба од преглед од страна на поверзиран специјалист.

Оваријален карцином

- Врвот на инциденцата е на 65-годишна возраст.

Симптоми

- Туморот може да биде асимптоматски во подолг временски период и да се открие дури во фаза на метастазирање.
- Приближно половина од пациентките имаат отекување на абдоменот и чувство на притисок. Асцит се јавува секогаш.

Дијагноза

- Да се прегледа оваријалниот тумор одозгора. Секогаш да се спроведе ултразвучен преглед. Доколку туморот е мултилокуларен и/или делумно солиден и/или постојат папиларни структури, веднаш да се хоспитализира пациентката за понатамошни ивентигации. Постоењето на оваријален тумор кај постменопаузална пациентка има потреба од внимателна евалуација.

Третман

- Целокупното малигно ткиво потребно е да се отстрани од абдоминалната празнина по пат на хируршки третман (**ннд-В**). Исто така, се спроведуваат хистеректомија, билатерална салпинго-оофоректомија, отстранување на пелвични и парааортални лимфни јазли и ресекција на оментум. Проширеноста на малигномот се проценува и преку абдоминален испирок за цитолошка анализа и обезбедување на доволно ткивни примероци за анализа.
- Понатамошниот третман се состои од хемотерапија (**ннд-А**), а кај помал број на случаи од радиотерапија (**ннд-В**). Комбинацијата од *paclitaxel* и *carboplatin* претставува прва линија на цитотоксична терапија за оваријален карцином. Можно е да постои потреба од дополнителна циторедуктивна хирургија (**ннд-С**), како и неoadјувантна хемотерапија.

Следење

- Следењето се спроведува во поликлиничкиот дел на гинеколошките клиници во период од 3 до 5 години по завршувањето на третманот (клинички статус, испирок од абдоминалната празнина, ултразвучен преглед и други радиолошки ивентигации и одредување на тумор маркери), а потоа на годишно ниво во системот на примарната здравствена заштита (матичен гинеколог): клинички статус, тумор маркери и ултразвучен преглед на малата карлица и на абдоменот.

Прогноза

- Пациентките кај кои карциномот е лимитиран на овариумите, имаат 5-годишна стапка на преживување над 80%. Но од друга страна, повеќето случаи се откриваат во напреднат стадиум, со стапка на 5-годишно преживување од 35%, а за IV стадиум на болеста тоа изнесува под 10%.

Тумори на вулва и вагина

- Бенигните тумори се најчести.
- Кондиломите се чести кај млади жени.
- Карциномот на вулва е болест на постарата возрасна група.

Симптоми

- Некои пациентки немаат никакви специфични симптоми.
- Некои имаат вулварна иритација, пруритус или болка во надворешните гениталии.

Дијагноза

- ПАП тест и, кога е потребно, биопсија.

Бенигни тумори

- *Condyloma* претставува најчест тумор на надворешните женски гениталии и вагината (*види во упатството за Хуманпаилома (ХПВ) вирусна инфекција*).
- Епителните промени на кожата вклучуваат *хемангиоми, невуси и цисти*.
 - Цистична промена на вагиналниот ѕид се нарекува *Гартнерова циста*, која може да се пунктира или да се расече со скалпел.
 - Циста може да се развие во каналот на *Бартолиневата жлезда* (*види во упатството за Бартолинитис; Апсцес и циста на каналот на Бартолиневата жлезда*).
- Понекогаш *endometriosis* може да се види во вагината.
- *Lichensclerosus* асоцирано со истенчување на кожата и лесно предизвикува пруритус и иритација.
 - Се гледаат посветли зони на надворешните гениталии со мали рани. Дијагнозата се поставува преку биопсија.
 - Состојбата не е курабилна. Опциите на третман вклучуваат кортикостероидни масти (*нид-С*), витамин А и операција.
 - Некои лезии може да се малигни.

Карцином на вагина

- Ретка болест (аденокарцином или меланом).

Карцином на вулва

- Повеќе од 80% од случаите се јавуваат кај жени со над 65-годишна возраст (врвот на инциденцата е во 75-годишна возраст).

Симптоми

- Иритација, пруритус и болка на надворешните гениталии, понекогаш и крвав исцедок.
- Карциномот на вулвата се развива почесто кај жени кои имаат *lichensclerosus* на нивните надворешни гениталии.
- Иритацијата и пруритус на надворешните гениталии кај постаролице не треба да се третираат без претходна соодветна евалуација.

Дијагноза

- Се верифицира преку биопсија.

Третман

- Радикална хирургија (**ннд-В**). Понатамошниот третман може да се состои од радиотерапија или хемотерапија.

Следење

- Следењето се спроведува во поликлиничкиот дел на гинеколошките клиници во период од 3 до 5 години, потоа во системот на примарната здравствена заштита (матичен гинеколог).

Прогноза

- Стапката на 5-годишно преживување изнесува 50%, или 70% доколку карциномот е локализиран.

Карцином на Фалопиевите туби

- Не дава специфични симптоми и обично се дијагностицира при лапаротомија како случаен наод.
- Третманот е идентичен како кај оваријален карцином.

Референци

1. Edwards RD, Moss JG, Lumsden MA, Wu O, Murray LS, Twaddle S, Murray GD, Committee of the Randomized Trial of Embolization versus Surgical Treatment for Fibroids. Uterine-artery embolization versus surgery for symptomatic uterine fibroids. N Engl J Med 2007 Jan 25;356(4):360-70.

Гинеколошки тумори-Поврзани извори

Поврзани извори
28.5.2012

- Кохренови прегледи
- Други збирни докази
- Литература

Кохренови прегледи

- Додавањето на хемотерапија, базирана на цисплатин кон радиотерапијата, по сè изгледа го зголемува преживувањето и ја намалува прогресијата на болеста при адјувантниот третман на цервикалниот карцином во ран стадиум, каде постојат ризик фактори за рекурентност, иако доказите се инсуфициентни (**ннд-Д**).
- Додавањето на неoadјувантна хемотерапија кон хируршкиот третман не го подобрува севкупното преживување кај цервикален карцином во ран стадиум или локално напреднат стадиум (**ннд-С**).

- Хируршкиот зафат во ингвиналната регија (лимфаденектомија) може да се покаже како поефективна отколку ирадијацијата на ингвиналната регија, со цел превенција на рекурентност во ингвиналната регија кај раниот вулварен карцином (**ннд-С**).
- Неоадјувантната хеморадиотерапија по сè изгледа има одреден бенефит за пациентките со нересектибилен вулварен тумор или со зголемени ингвинални лимфни јазли, доколку следи по направената ексцизија најмалку на лежиштето на туморот и на ингвиналните лимфни јазли (**ннд-Д**).
- Вагиналната хистеректомија има сигнификантни предности во однос на абдоминалната хистеректомија и треба да биде операција од избор. Произлегува дека лапароскопската хистеректомија нема предности во однос на вагиналната хистеректомија и времето за операција е подолго. Во споредба со абдоминалната хистеректомија, лапароскопскиот пристап има многу предности, но повторно времетраењето на операцијата е подолго и постои поголем ризик за повреда на уринарниот тракт (**ннд-А**).
- Лимфаденектомијата не го намалува ризикот од смртен исход или од рекурентност на болеста, споредбено со оперативните зафати без лимфаденектомија, кај пациентки со претпоставен Стадиум Iна ендометријален карцином (**ннд-В**).
- По интензивните (агресивни) курсеви на цитотоксични лекови, особено на оние кои содржат *paclitaxel* или *platinu*m, даваат подолго преживување без прогресија на болеста, во споредба со помалку агресивните курсеви кај напреднатите форми на ендометријален аденокарцином, но по цена на зголемена токсичност. За ефектите врз севкупното преживување и квалитетот на животот доказите се инсуфициентни (**ннд-А**).
- Интервалната циторедуктивна хирургија за напреднат епителен оваријален карцином по сè изгледа е ефективна во случаи каде што при првата операција не учествувал во спроведувањето гинеколошки онколог, но доказите се инсуфициентни (**ннд-Д**).
- Интраперитонеалната хемотерапија, како примарен третман на напреднат оваријален карцином, го подобрува периодот на преживувањето со отсуство на болест (**ннд-А**).
- Емболизација на *a. uterine* за третман на симптоматски фиброми (миоми) на утерус овозможува пократок болнички престој и побрзо враќање на рутинските активности, во споредба со хистеректомијата или миомектомијата, но е асоцирана со повеќе минорни компликации (**ннд-А**).
- Тоталната, наспроти суптоталната хистеректомија за бенигни гинеколошки заболувања, не покажува разлики во стапката на инконтиненција, констипација или промени во сексуалната функција (**ннд-В**).

Други збирни докази

- Произлегува дека таксаните се поефективни во третманот на напреднатите стадиуми на карцином на дојката и на овариумот (**ннд-В**).
- Произлегува дека *nafarelin* го намалува утерусното крвање, ги подобрува хематолошките параметри и симптоми кај пациентки со леиомиоми (**ннд-В**).

Литература

1. Hennessy BT, Coleman RL, Markman M. Ovarian cancer. *Lancet* 2009 Oct 17;374(9698):1371-82.
2. Stewart EA. Uterine fibroids. *Lancet* 2001 Jan 27;357(9252):293-8.
3. Levy BS. Modern management of uterine fibroids. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87(8):812-23.
4. Blair AR, Casas CM. Gynecologic cancers. *Prim Care* 2009

1. **EBM Guidelines, 22.2.2011, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира на 4 години.**
3. **Predvideno eslednoa`urirawedo февруари 2015 година.**