

Micro-invasief carcinoom

Uitgangsvraag

Zijn er speciale aandachtspunten bij het behandelen van een micro-invasief carcinoom ten opzichte van gewone CIN afwijkingen?

Aanbevelingen

De werkgroep is van mening dat bij een verdenking op micro-invasief carcinoom, de afwijking op de cervix in een geheel dient te worden verwijderd.

De werkgroep is van mening dat voor de behandeling van het micro-invasieve cervixcarcinoom de aanbevelingen beschreven in de [Richtlijn Cervixcarcinoom](#) dienen te worden gevolgd.

De werkgroep is van mening dat de diagnostiek en de behandeling van het micro-invasieve cervixcarcinoom dient plaats te vinden conform de richtlijn cervixcarcinoom.

Literatuurbespreking:

Inleiding

Richtlijnen voor de behandeling van het micro-invasieve cervixcarcinoom worden beschreven in de richtlijn cervixcarcinoom (versie 3.0). De [Richtlijn cervixcarcinoom](#) dient leidend te zijn in de behandeling van het micro-invasieve cervixcarcinoom. Omdat er bij de beoogde behandeling en diagnostiek van CIN er soms onverwacht sprake kan zijn van een micro-invasief carcinoom, heeft de werkgroep gemeend toch ook in deze richtlijn enige informatie te moeten opnemen over het micro-invasief cervixcarcinoom.

Samenvatting literatuur

Momenteel zijn er twee verschillende definities van het micro-invasieve carcinoom van de cervix:

- de Society of Gynecologic Oncologists (SGO) definieert het micro-invasieve carcinoom als: elke laesie waarbij neoplastische cellen het stroma invaderen, in één of meerdere plekken, tot een maximale invasiediepte van 3mm zonder lymfe of bloedvat invasie (lymfe-vascular space involvement - LVSI).
- de FIGO daarentegen beschrijft het micro-invasief carcinoom als: een invaderende laesie die macroscopisch niet kan worden waargenomen met een maximale diepte van 5mm en een maximale breedte van 7mm. Vaatinvasie wordt hierin niet meegenomen. De FIGO verdeelt het micro-invasieve carcinoom in stadium 1A1 (invasiediepte <3mm en -breedte <7mm) en in stadium 1A2 (invasiediepte 3-5mm en -breedte <7mm).

Retrospectieve analyse van gepubliceerde case reports laten zien dat een conservatieve benadering van micro-invasieve adenocarcinomen van de cervix gerechtvaardigd lijkt (zie [Richtlijn Cervixcarcinoom](#)): uit een review van 1565 casus waarbij er bij 814 (52%) een pelviene lymfeklierdissectie had plaatsgevonden, was er slechts in 1,5% sprake van lymfeklier metastasen [Bisseling, 2007²⁷²]. Hoewel een positieve LVSI status wordt geassocieerd met een slechtere prognose, wordt dit niet direct gesteund door eerder genoemd review van micro-invasieve adenocarcinomen. De LVSI status was bij 322 (21%) van de behandelde vrouwen bekend, bij 25 (5,5%) positief, waarbij er geen lymfekliermetastasen werden gevonden. Ook bij het micro-invasieve plaveiselcelcarcinoom is LVSI niet duidelijk een indicator voor lymfklier betrokkenheid [Lee, 2006²⁷⁴]

Er zijn weinig studies die betrokkenheid van de parametria rapporteren bij het micro-invasief adenocarcinoom van de cervix. In de studies waarbij dit wel gerapporteerd wordt, wordt er zelden parametrium betrokkenheid gezien: in overviews van micro-invasief adenocarcinoom kwam het nooit [Bisseling, 2007²⁷²] of 1/373 gevallen voor [Hou, 2011²⁷³]. In een oudere studie werd aangetoond dat indien micro-invasie gedefinieerd werd volgens SGO of FIGO er geen verschil bestond in het voorkomen van lymfkliermetastasen, namelijk in beide gevallen geen [Sevin, 1992²⁷⁹].

Verschillende studies laten een relatie zien tussen krappe of niet-vrije marges en het optreden van residu [McHale, 2001²⁷⁵, Ostor, 1997²⁷⁷, Ostor, 2000²⁷⁸].

Hoewel er op basis van de huidige literatuur geen duidelijk afkapwaarde te geven is, stelt Bisseling voor om tenminste een tumorvrije marge van 3 mm na te streven [Bisseling, 2007²⁷²].

De diagnostiek rond micro-invasieve carcinomen blijkt uit meerdere studies lastig te zijn. Een micro-invasief carcinoom is niet altijd makkelijk te onderscheiden van een carcinoma in situ [Baalbergen, 2011²⁷¹, Ostor, 2000²⁷⁸, Zaino, 2002²⁸⁰], invasiedieptes zijn moeilijk vast te stellen en in 17-25% van de gevallen lijkt er sprake te zijn van multifocaliteit [Nicklin, 1999²⁷⁶, Ostor, 2000²⁷⁸].

De beschreven case series beschrijven tal van behandelstrategieën, van conisatie tot radicale hysterectomie. Over het algemeen wordt geadviseerd om bij FIGO stadium 1A1 micro-invasief carcinoom slechts een conisatie toe te passen waarbij gestreefd moet worden naar >3mm tumorvrije marge [Baalbergen, 2011²⁷¹, Bisseling, 2007²⁷²] Over het wel of niet toepassen van lymfeklierdissectie of parametriumverwijdering bij stadium 1A2 ziekte lijkt geen consensus te bestaan.

Indien bij kolposcopie een micro-invasief carcinoom wordt vermoed, heeft het de voorkeur om de gehele

laesie in één preparaat te verwijderen om optimale beoordeling door de patholoog te bewerkstelligen. Indien verwijdering in één stuk niet gemakkelijk is, kan ofwel met bipten de diagnose worden gesteld, ofwel een exconisatie worden overwogen.

Conclusies:

Het is aannemelijk dat lymfekliermetastasering bij het micro-invasief cervixcarcinoom slechts zelden voorkomt en dat conservatieve lokale therapie derhalve gerechtvaardigd is.

[Bisseling, 2007²⁷²]

Het is aannemelijk dat bij verwijdering van de afwijking op de cervix in zijn geheel de patholoog een micro-invasief carcinoom beter kan beoordelen.

De behandeling van micro-invasief carcinoom dient in overleg of door een gynaecologisch oncoloog plaats te vinden.

([Richtlijn Cervixcarcinoom](#))

Overwegingen:

Gezien de zeldzaamheid van het micro-invasieve carcinoom en de moeilijkheden rond betrouwbare diagnostiek dient de diagnostiek te worden verricht door een gespecialiseerde gynaeco-patholoog en het behandelplan multidisciplinair te worden vastgesteld.