

Lokaal recidief

Behandeling

Bij voorkeur wordt het lokale en/of regionale recidief behandeld met chirurgie, afhankelijk van de situatie gevolgd door bestraling en/of systemische therapie.

Uitzonderingen: beperkt solitair recidief carcinosarcoom in de vagina(top) bij nog niet eerder bestraalde patient, waarvoor primaire curatieve radiotherapie kan worden gegeven.

Bij ESS altijd hormonale therapie overwegen, op indicatie gevolgd door chirurgie van de resttumor. Indien de patiënte nog premenopauzaal is ovariectomie (of behandeling met LHRH agonisten) de hormonale behandeling van eerste keus, indien postmenopauzaal kunnen de volgende eerstelijns middelen overwogen worden: aromatase inhibitoren of progestativa (zoals MPA of megestrol). Selectieve estrogen receptor modulators (SERMs) worden gebruikt als tweede lijns hormonale therapie. De overleving na recidief is vaak lang, met zondig tweede of derde debulking operaties en meedere lijnen hormonale therapie. Voor het zeldzame hormoonreceptor negatieve recidief kan chemotherapie worden overwogen.

Bij uitgebreid locoregionaal recidief overwegen systemische therapie (zie ook metastasen behandeling) Bij chemotherapie dient een goede afweging gemaakt te worden tussen de te verwachten winst en bijwerkingen (zie [bijlage 5](#)). Behandeling bij voorkeur in trialverband.

Chemotherapie keuze conform lokaal uitgebreide primaire ziekte:

Carcinosarcoom combinatie van ifosfamide en paclitaxel, alternatieven zijn cisplatin/ifosfamide en carboplatin/paclitaxel.

Leiomyosarcoom en UES: doxorubicine.