

ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference

on Endometrial Cancer: diagnosis, treatment

and follow-up†

N. Colombo<sup>1</sup>Annals of Oncology 27: 16–41, 2016

Primer encuentro ESMO SOCIEDAD EUROPEA MEDICINA ONCOLOGICA

ESTRO SOC EUROPE DE RADIOTERAPIA ONCOLOGICA

ESGO SOCIEDAD EUROPEA GINECOLOGIA ONCOLOGICA

MILAN 2014 ,40 LIDERES

TEMAS PREVENCION,SCREENING CIRUGIA ,RADIOTERAPIA ,TRATAMIENTO ADYUVANTE Y AVANZADO

El cáncer de endometrio es el mas común de los cáncer ginecológicos en países desarrollados

En Europa 100000 en 2012 ,la incidencia es 13,6 por 100000 mujeres.

Mas del 90% de los casos ocurren en mujeres mayores de 50 años ,con edad media de 63; sin embargo 4 % de las mujeres son jóvenes es decir menores de 40 añosMas del 90% con cáncer endometrio de 40 años todavía desean tener hijosLa mayoría de CE son diagnosticados en EI con sobrevida a 5 años de 95% .

La sobrevida es mucho mas baja si hay MTS regional o a distancia (68 % y 17 % respectivamente);históricamente el CE ha sido clasiicado en dos tipos: adenocarcinoma endometroide 80/90% y tipo II Ca indiferenciado,carcinosarcoma /tumor Mulleriano maligno (10%20%)

Datos Molecular soportan la idea de TIPO 1 asociados con alteraciones geneticas PTEN, KRAS,

En 2014, ESMO decidio actualizar recomendaciones para CE usando expertos de ESTRO ESGO ESMO

1. Prevention and screening of endometrial cancer (Chair: F.

Amant; Co-Chair: T. Bosse)

2. Surgery (Chair: C. Marth; Co-Chair: D. Querleu)

3. Adjuvant treatment (Chair: R. Nout; Co-Chair: M. R.

Mirza)

4. Advanced and recurrent disease (Chair: J. Ledermann;

## Tres PREGUNTAS PRINCIPALES

1. Que vigilancia debe considerarse en la paciente asintomática?
2. Que estrategia y manejo en pacientes para conservar fertilidad en pacientes con HIPERPLASIA ATÍPICA AH /NEOPLASIA INTRAEPITELIAL EIN Y GRADO 1 DE CE ENDOMETRAL ENDOMETROIDE
3. Que marcadores pueden distinguir lesiones precancer desde lesiones benignas mimics?
4. De que forma o como la condicion medica influye en el tratamiento?
5. Cuale es la indicación y la extension de la linfadenectomia en el manejo del CE?
6. Que diferencia en la cirugia radical en diferentes estadios y subtipos patológicos de CE?
7. Cual es la mejor deinicion de grupo de riesgo para definir tratamiento adyuvante?
8. Ual es la major evidencia de estartegia para adyuvancia en pacientes de bajo y grado intermedio de riesgo CE?
9. La cirugia y radioterapia tienen rol en cancer avanzado y enferm recurrente?9. What are the best evidence-based adjuvant treatment strategies
10. Cuales so los agentes blancos prometedores y en los cuales los diseños deben ser realizados para evaluar beneficios clínicos?

Table 1. Levels of evidence and grades of recommendation

### Levels of evidence

I Evidence from at least one large randomised, controlled trial of good methodological quality (low potential for bias) or metaanalyses of well-conducted, randomised trials without heterogeneity

II Small randomised trials or large randomised trials with a suspicion of bias (lower methodological quality) or meta-analyses of such trials or of trials with demonstrated heterogeneity

III Prospective cohort studies

IV Retrospective cohort studies or case-control studies

V Studies without control group, case reports, experts opinions

### Grades of recommendation

A Strong evidence for efficacy with a substantial clinical benefit,

strongly recommended

B Strong or moderate evidence for efficacy but with a limited clinical benefit, generally recommended

C Insufficient evidence for efficacy or benefit does not outweigh the risk or the disadvantages (adverse events, costs,...), optional

D Moderate evidence against efficacy or for adverse outcome, generally not recommended

E Strong evidence against efficacy or for adverse outcome, never recommended

By permission of the Infectious Diseases Society