

# **Гайдлайн за лечение на рак на маточната шийка**

## **Изработено от работна група на**

### **БЪЛГАРСКАТА АСОЦИАЦИЯ ПО ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ (БАОГ)**

Тези препоръки бяха изработени като най-добрата практика основан на клиничния опит от страна на работната група, ръководствата за лечение на Дружеството по медицинска онкология и на Дружеството по лъчелечение, и въз основа на гайдлайн на ESGO за лечение на рак на на маточната шийка. Това са съвместни препоръки на ESGO, ESTRO и ESP, публикувано на сайта на European Society of gynaecological Oncology (ESGO): Guidelines gynecological cancer 2017. <https://www.esgo.org/explore/guidelines/>. Разработен въз основа на:

#### **Ниво на доказателства**

- I. Доказателства от поне едно голямо рандомизирано, контролирано проучване с добро методологично качество (нисък потенциал за пристрастие) или метаанализи на добре управлявани, рандомизирани проучвания без хетерогенност.
- II. Малки рандомизирани проучвания или голямо рандомизирано проучване със съмнение за база (по-ниско методологично качество) или метаанализи на такива проучвания с демонстрирана хетерогенност.
- III. Проспективно кохортно проучване.
- IV Ретроспективни кохортни проучвания или проучвания на случаите.
- V Проучвания без контролна група, доклади от казуси, становища на експерти.

#### **Степени на препоръка**

- A. Силно доказателство за ефикасност със значителна клинична полза - изключително препоръчително.
- B. Силни или умерени доказателства за ефикасност, но с ограничена клинична полза – препоръчва се.
- C. Недостатъчно доказателство за ефикасност или полза, не надвишава риска или неблагоприятни събития (недостатъци) - по избор.

**Определение:** Ракът на маточната шийка е първично развил се, хистологично доказан злокачествен процес на маточната шийка.

**Класификация:** Актуална към 2019 г. е ревизираната класификация на Международната Федерация по Акушерство и Гинекология (FIGO) от 2018 г, както и TNM стадирането (8-ма ревизия, 2018)(Таблица 1).

**Предоперативен минимум:** анамнеза, гинекологичен преглед, биопсия +/- колпоскопия на маточната шийка с хистологична верификация, ПКК, биохимия и коагулация, образно изследване на бял дроб, ЕКГ.

**Допълнителни изследвания.** В резултат на предоперативния минимум и с цел максимално предоперативно стадиране може да се наложи извършването на специализирани допълнителни изследвания: ехография на малък таз, Ядрено-магнитен резонанс на коремни органи, Компютърна аксиална томография на малък таз, коремни органи и гръден кош, PET-CT, Цистоскопия и ректоскопия с биопсия.

**Информирано съгласие:** От всяка пациентка се иска информирано съгласие за лечение на рак на маточната шийка, в съответствие с клиничните обстоятелства при определяне на грижите или лечението на конкретната пациентка.

## **Лечение**

Лечението на рака на маточната шийка е комплексно и включва оперативно лечение, лъчелечение и химиотерапия.

**Решение за лечение:** Лечението трябва да се планира предварително и да е определено от мултидисциплинарен екип на онкологичен комитет. Хирургичното лечение следва да се извършва от онкогинеколог в лечебно заведение от трето ниво на компетентост с възможност за извършване на лимфаденектомия. Хирургичният обем и адювантната терапия са съобразени със степента на риск при рак на маточната шийка.

## **Оперативно лечение**

При CIN III и adenocarcinoma in situ се извършва конизация на маточната шийка. Бримковата кониция, се препоръчва пред конизацията със скалпел при жени, желаещи да

запазят своята фертилност. Хирургичните ръбове на конуса трябва да са в здраво. При рецидив конизацията може да се повтори при млади жени, а при завършили своята фертилност се препоръчва класическа тотална хистеректомия. При възрастни жени и атрофия на маточната шийка се препоръчва класическа тотална хистеректомия.

### **Лъчелечение**

При контраиндикации за оперативна интервенция се провежда интракавитарна брахитерапия - 6 фракции до лечебна доза 30 Gy, 2 пъти седмично, еквивалентна на 60 Gy.

### **T1A1 стадий**

#### **Оперативно лечение**

1. Лечението трябва да бъде индивидуализирано в зависимост от възрастта, желанието за запазване на плодовитостта, и наличието или липсата на инвазия на лимфоваскуларното пространство.
2. Лечението на пациентките в млада възраст е конизация. В случай на положителни резекционни ръбове, трябва да се извърши втора конизация.
3. Стадирането на ЛВ не е индицирано при T1a1 без инвазия на лимфоваскуларното пространство, но да се има в предвид при инвазия. Конизацията може да се счита за окончателно лечение. При възрастни жени и атрофия на маточната шийка се препоръчва класическа тотална хистеректомия. Не се препоръчва адювантна терапия.

### **T1A2 стадий**

#### **Оперативно лечение**

1. Лечението е конизация, радикална трахилектомия (тип А)/ампутация или обикновена тотална хистеректомия, като това е адекватен лечебен метод. Резекция на параметриумите не е индициран. Не се препоръчва рутинна хистеректомията след консервативно лечение.
2. Стадиране на ЛВ може да се има в предвид при липса на инвазия на лимфоваскуларното пространство, но трябва да се извърши при наличие на инвазия. Биопсия на сентлинеелните ЛВ без дисекция на тазовите ЛВ е приемлив метод за стадиране на ЛВ.

## **Лъчелечение**

При неоперабилни болни по медицински показания е възможна дефинитивна интракавитарна брахитерапия с висока мощност на дозата в схема 10 фрякции до лечебна доза 50 Gy, 2 пъти седмично, еквивалентна на 70 Gy.

### **T1B1 (IB1 и IB2) стадий**

#### **Оперативно лечение**

1.Радикалната хирургия, извършена от онкогинеколог е предпочитаното лечение. Хирургичната интервенция може да бъде: абдоминална, лапароскопска или роботизирана. Степента на радикална хистеректомия (степен на параметралната резекция, тип А-С2) следва да се основава на прогностичните рискови фактори, определени предоперативно (Таблица 2). Препоръчва се използването на модифицираната през 2017 година класификацията на Querleu-Morrow (Таблица 3).

2. Стандартната процедура за стадиране на ЛВ е системната тазова лимфаденектомия. Биопсията на сентинелните ЛВ преди тазова лимфаденектомия е препоръчителна. Системната дисекция на лимфните възли трябва да включва отстраняване на лимфната тъкан от регионите с най-честата поява на положителни лимфни възли (областта на сентинелните лимфни възли), включително от obturatorната фоса, областта на артерия илиака екстерна, областта на общата артерия илиака, двустранно и от пресакралния регион. Дисталните лимфни възли от областта на артерия илиака екстерна не се отстраняват, ако не са подозрителни макроскопски. Парааорталната лимфна дисекция (най - малко до вътрешната мезентериална артерия), може да се има предвид с оглед стадиране. При установяване на метастази в лимфните възли интраоперативно, включително макрометастази или микрометастази, по-нататъшна тазова лимфна дисекцията трябва да се обсъди. При възможност за радикално хирургично отстраняване на последните се извършва лимфна дисекция.

3. Запазване на яйчниците може да се предлага на пациенти в млада възраст със спеноцелуларен карцином и обикновен тип (свързан с HPV) аденокарцином.

#### **Оперативно лечение със запазване на фертилността**

1. Органосъхраняващото лечение следва да бъде извършено изключително от онкогинеколог с опит в провеждането на такава терапия.
2. При рак на маточната шийка в T1B1 стадии , спиноцелуларен карцином или обикновен (HPV-свързан) аденокарцином с размер  $\leq 2$  см в най-голям диаметър, може да се запази матката, като се извърщи радикалната трахилектомия (тип B). Органосъхраняваща операция не се препоръчват при редки хистологични субтипове на рак на маточната шийка включително невроендокринен карцином както и необичаен (не-HPV-свързан) аденокарцином, тъй като тези тумори са по-агресивни. Органосъхраняваща операция при пациенти с тумор повече от 2 см не се препоръчва и се приема за експеримент.
3. Оценката на лимфните възли трябва да се направи като първа стъпка с геффрир. Негативният статус на лимфните възли е задължително условие за органосъхраняваща операция. В случаите на установяване на метастази в лимфните възли се приключва с органосъхраняващата операция и следва да се вземе решение за възможността за хирургично отстраняване на метастатичните лимфни възли и радикална хирургия на матката едновременно.
4. Радикалната трахилектомия (тип B) следва да се извършва при пациенти с негативни лимфни възли и позитивна или отрицателна лимфовъзкуларна инвазия. Интраоперативния геффрир е задължителен за доказване на свободни от тумора резекционни линии. Интраоперативно следва да се постави перманентен серкляж по време на радикалната трахилектомия. Всяка бременна след органосъхраняваща операция следва да бъде определена като бременна с висок риск и следва да бъде проследявана. След радикална трахилектомия и поставеният ѝ перманентен серкляж раждането следва да бъде извършено чрез цезарово сечение.

#### **Адювантно лечение**

Адювантната лъчетерапия трябва да се има предвид, когато има комбинация от рискови фактори като размер на тумора, лимфоваскуларна инвазия и дълбочина на стромална инвазия. След първична радикална операция, адювантна лъчехимиотерапия със или без брахитерапия е индицирана в следните групи пациентки: 1. При метастази в тазовите ЛВ, включително наличие на микрометастази; 2. При позитивна резекционна линия на

влагалището се провежда лъчехимиотерапия със или без брахитерапия; 3. При инвазия в параметриумите се провежда лъчехимиотерапия със или без брахитерапия. Облъчването на малкия таз се провежда с перкутанно лъчелечение до обща доза 46-50 Gy с дневна фракция 1,8-2 Gy, 5 пъти седмично. При рN1 се препоръчва лъчехимиолечение, базирано на Платина.

### **Лъчелечение**

При неоперабилни болни по медицински показания е възможна дефинитивна перкутанна лъчетерапия до обща доза 46-50 Gy с дневна фракция 1,8-2 Gy, 5 пъти седмично. За областта на първичния тумор се добавя лечебна доза до 70-80 Gy чрез интракавитарна брахитерапия в 4 фракции по 7Gy, два пъти седмично.

### **Окултен рак на маточната шийка след обикновена хистеректомия.**

Най-общо лечение на окултния карцином следва същите принципи като на неокултната болест. Стратегията за лечение има смисъл като радикална хирургия – лимфна дисекция и адювантна лъчетерапия.

### **T1B2 (IB3) стадий**

#### **Оперативно лечение**

1. Дифинитивна или предоперативна лъчехимиотерапия, базирана на платина е препоръчаното лечение. Неадювантна химиотерапия, последвана от радикална хирургия е друга алтернатива.
2. Радикалната хирургия е една алтернативна опция най-вече при пациенти без негативни рискови фактори (комбинация от размер на тумора, лимфоваскуларна инвазия и/или дълбочина на стромалната инвазия).

### **T2A1 стадий**

#### **Оперативно лечение**

1. Степента на радикалната хистеректомия (степен на параметралната резекция, типА-С2) следва да се основава на прогностичните рискови фактори, определени

предоперативно, като се препоръчва радикална хистеректомия тип С2. Стандартната процедура за стадиране на ЛВ е системната тазова лимфаденектомия. Парааортална лимфна дисекция може да се препоръча при пациенти без суспектни парааортални лимфни възли като стадираща процедура както и в случаите на суспектни лимфни възли или за намаляване на техния обем.

### **Адювантно лечение**

Адювантната лъчетерапия трябва да се има предвид, когато има комбинация от рискови фактори като размер на тумора, лимфоваскуларна инвазия и дълбочина на стромална инвазия. Облъчването на малкия таз се провежда с перкутанно лъчелечение до обща доза 46-50 Gy с дневна фракция 1,8-2 Gy, 5 пъти седмично. При рN1 се препоръчва лъчехимиолечение, базирано на платина.

### **T2A2 стадий**

#### **Оперативно лечение**

1. При тези пациенти се препоръчва лъчехимиотерапия и последваща преоценка за радикално оперативно лечение. Парааортална лимфна дисекция може да се предприеме като стадираща процедура.

2. Радикалната хирургия е една алтернативна опция най-вече при пациенти без негативни рискови фактори (комбинация от размер на тумора, лимфоваскуларна инвазия и/или дълбочина на стромалната инвазия). Качеството на хирургията в това число на параметректомията и лимфната дисекция е от ключово значение при лечението на големи тумори.

### **T2B стадий**

1. Препоръчва се дифинитивна лъчехимиотерапия с платина. При млади жени е възможно лечението да започне с предоперативна лъчехимиотерапия (46 Gy) и при постигане на операбилност на втори етап се извършва радикална хирургия. Парааортална лимфна дисекция може да се извърши за стадиране.

2. В случаите в които интраоперативно се установи инфилтрацията или метастазата в параметриумите не се извършва хистеректомия. При установяване на метастази в лимфните възли интраоперативно, включително макрометастази или микрометастази, по-нататъшна тазова лимфна дисекцията трябва да се обсъди. При възможност за радикално хирургично отстраняване на последните се извършва лимфна дисекция.

3. В случаите в които инфилтрацията или метастазата в параметриумите е установена на трайния хистологичен резултат задължително се провежда следоперативна лъчехимиотерапия.

### **Адювантно лечение**

Адювантна лъчехимиотерапия може да се има предвид при болни с висок риск от рецидив, като позитивни резекционни линии, позитивни ЛВ или тумори с лимфоваскуларна инвазия. Облъчването на малкия таз се провежда с перкутанно лъчелечение до обща доза 46-50 Gy с дневна фракция 1,8-2 Gy, 5 пъти седмично. При pN1 се препоръчва лъчехимиолечение, базирано на платина.

### **T3A, T3B и T4A стадий**

1. Препоръчва се дифинитивна лъчехимиотерапия с Таксан и Платина.

2. Тазовата екзентерация е опция при селектирани пациенти със стадии T4N0M0.

### **T4B стадий**

Пациентките с далечни метастази (висцерално +/- ЛВ) трябва да бъдат напълно диагностицирани за оценка на степента на заболяването, с оглед определяне на активно лечение, включително най-добрите поддържащи грижи. Препоръчителна е комбинираната химиотерапия. Карбоплатина / Цисплатина с Паклитаксел са предпочитаните схеми за лечение от първа линия. Палиативната лъчетерапия постига бърз обезболяващ и кръвоспиращ ефект. Лечението на изолирани метастази е възможно с радиочестотна аблация, високо честотен ултразвук за хепатални метастази (HIFU), радиоемболизация с <sup>90</sup>Y или стереотактично аблативно лъчелечение според размера и локализацията.

### **Персистенция и рецидив**



1. Съмнението за персистенция или рецидив трябва да се потвърди хистологично. В случай на подозрение за рецидив на заболяването от клиничния преглед или образното изследване, отрицателният резултат от биопсия може да не е убедителен. Трябва да бъде извършен MRI или СТ, а при положителен резултат и PET-СТ, ако се предвижда спасителната терапия (хирургия или лъчетерапия). По подобен начин, при предполагаем рецидив, PET-СТ може да бъде извърщено, когато другите образни изследвания не са сигурни.
2. При персистенция на тумора след дифинитивната лъчехимиотерапия се препоръчва радикална хистеректомия с тазова лимфна дисекция. Разширена тазова операция може да се има предвид при някои селектирани пациентки, при които туморът не ангажира тазовата стена.
3. При локален централен рецидив след първично оперативно лечение, дифинитивната лъчехимиотерапия, съчетана с образно адаптирана брахитерапия е лечението на избор. При латерален рецидив на тазовата стена след първично оперативно лечение, дифинитивната лъчехимиотерапия е предпочитаният вариант.
4. Комбинираната хирургично-лъчева процедура, използваща интраоперативна брахитерапията е опция, ако е възможно да се мине в здраво. Лечението на изолирани метастази в органи (бял дроб, черен дроб и т.н.) следва да бъдат дискутирани в мултидисциплинарен екип, участващ в лечението на органа, засегнат от метастазите, и трябва да се лекува според предпочитания метод за този орган, включващ локална резекция, радиочестотна аблация, интервенционна брахитерапия или стереотактична аблативна лъчетерапия според размера и анатомичната позиция.
5. Локорегионалните рецидиви, определени като нелечими, при получен отговор след 2 - 4 курса комбинирана химиотерапия, следва да бъдат преоценени възможностите за радикално лечение. Палиативна химиотерапия с Таксан и Платина със или без Бевацизумаб е предпочитаният вариант.
6. Симптоматичните пациенти трябва да се лекуват с палиативни грижи според клиничната ситуация. Трябва да се прилагат и хирургични интервенции, като поставяне на стент и / или извеждане на анус претер. При пациенти с разпространено заболяване, за контрол на кървенето и болката, причинена от тазовото заболяване или костни метастази, лъчетерапия се счита за ефективен метод за палиативно лечение.

## **CIN и Рак на маточната шийка и бременност**

1. При CIN I не се налага проследяване по време на бременността. При CIN II се извършва цитологично и колпоскопско проследяване на 12 седмици, 6 седмици след раждането след контролен преглед се определя необходимостта от лечение. При CIN III без навлизане в цервикалния канал цитологично и колпоскопско проследяване всеки месец, при клинично съмнение или при навлизане в цервикалния канал се извършва конизация без абразия на цервикалния канал. Налага се серкляжен конец по MacDonald, които се завързва след отстраняване на конуса. Не се препоръчва използването на монополярни електрохипургични инструменти.
2. При рак на маточната шийка и бременност, освен клиничен преглед и хистологична диагноза са необходими ултразвукова диагноза и MRI.
3. В зависимост от стадия на заболяването и гестационната седмица на бременността, вариантите за лечение трябва да бъдат обсъдени с пациентката, включително рисковете и ползите от индивидуалните подходи, както следва:
4. Адаптирана хирургия с намерение да се запази бременността, включително с отстраняване на тумора: конизация, трахилектомия и стадиране на ЛВ, съгласно стадия на заболяването;
5. Радикална хирургия или дефинитивна лъчехимиотерапия, която се препоръчва за стадии на заболяването без запазване на бременността, с или без предишно прекъсване на бременността;
6. Забавяне на онкологичното лечение до жизнеспособността на фетуса (> 32 седмица на бременността) и незабавно започване на лечение на рака след раждане с цезарово сечение, лечението на онкологичното заболяване е съгласно стадия, както и при небременни жени, като се има предвид всяка проведена терапия по време на бременността;
7. При пациенти с локално напреднал стадий или с остатъчен тумор след конизацията, който не може да бъде напълно изрязан (риск от преждевременно руптура на околоплодния мехур и / или цервикална недостатъчност), може да се проведе химиотерапия с Платина, която да започне най-рано от 14-та седмица на бременността.

## **Щумпф карцином на маточната шийка**

Лечението на Щумпф карцином на маточната шийка се провежда съгласно препоръките за лечение на болните без предхождаща суправагинална хистеректомия, като е необходима адаптация за лъчетерапията, и най-вече за брахитерапията.

### **Лечение на други хистологични видове**

Другите злокачествени тумори на маточната шийка (малигненият меланом и сарком) се лекуват като рак на маточната шийка. Лъчетерапията почти няма място, но следоперативно се прилата БЦЖ ваксина при меланома.

### **Минимално необходима следоперативна информация**

**1. Оперативен протокол.** В оперативния протокол трябва да са описани: местоположението, размера на тумора и разпространението му, извършените резекции и наличието на остатъчни тумори и състояние на резекционната линия. Оперативният протокол трябва да бъде структуриран систематично. Трябва да се споменат всички извършени хирургични процедури.

**2. Патологоанатомичният отговор** трябва да съдържа цялата необходима информация, хистологичен вид на тумора, степен на диференциация, размер на тумора на маточната шийка, наличието или липсата на лимфоваскуларна инвазия, при конизация и трахилектомия да се опише резекционната линия, а при радикална операция следва да се опишат всички органи, влагалище, ендометриум, миометриум, яйчници, тръби, параметриуми, други отстранени органи, както и място и брой на отстранените лимфните възли в дясно и ляво поотделно.

**3. Онкологичен комитет:** Всички пациентки трябва да бъдат обсъдени постоперативно на мултидисциплинарен онкологичен комитет с оглед определане необходимостта от допълнително лечение и проследяване.

**4. Хирургичната заболеваемост и смъртност** трябва да се оценяват и записват, като избрани случаи трябва да се обсъждат с цел намаляване на усложненията и повишаване преживяемостта на пациентките с този вид злокачествено заболяване.

5. **Проследяването на болните следва да се инвършва съгласно Наредба № 8 от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията. **Проследяването след органосъхраняваща операция поради риск от рецидив** включва цитология, а при необходимост и хистологично изследване. Интервалите за проследяване трябва да бъдат от 3 до 4 месеца за първите 2 години след операцията, а след това от 6 до 12 месеца до 5 години.**

**Приложение:** Таблица 1. Стадиране по TNM и FIGO на карцином на маточната шийка,  
Таблица 2. Рискови групи според прогностичните фактори и вид на радикалната хистеректомия при болни с рак на маточната шийка,  
Таблица 3. Класификацията на Querleu-Mogrow от 2017 г. за вид на радикална хистеректомия.

Ръководството е съставено от работна група на БАОГ, определена по време на XXI –та Национална конференция по онкогинекология в Плевен, 04-07. 10. 2018 г.

Работната група е в състав:

1. Проф. д-р Галина Чакалова (акушер-гинеколог, онколог) УСБАЛЮ, София
2. Член кор. Проф. д-р Григор Гарчев (акушер-гинеколог, онколог) МУ, Плевен
3. Доц. д-р Надежда Хинкова (акушер-гинеколог, онколог) МУ, Плевен
4. Доц. д-р Никола Василев (акушер-гинеколог, онколог) УБ „Софиямед“. София
5. Проф. д-р Славчо Томов (акушер-гинеколог, онколог) МУ, Плевен
6. Доц. д-р Божидар Славчев (акушер-гинеколог, онколог)УСБАЛАГ Майчин дом, София
7. Проф. д-р Явор Корновски (акушер-гинеколог, онколог) МБАЛ „Света Анна“, Варна
8. Проф. д-р Стефан Иванов (акушер-гинеколог, онколог) МУ, Варна
9. Проф. д-р Стефан Ковачев (акушер-гинеколог), ВМА, София
10. Доц. д-р Чавдар Цветков (акушер-гинеколог, онколог) МУ, Плевен
11. Д-р Илия Карагъзов (акушер-гинеколог, хирург) МБАЛ Вита, София
12. Д-р Красимир Недялков (акушер-гинеколог) I САГБ „Света София“, София
13. Д-р Светлозар Славов (акушер-гинеколог) УСБАЛАГ Майчин дом, София
14. Проф. д-р Веселина Първанова (лъчетерапевт, онколог) УСБАЛЮ, София
15. Проф. д-р Галина Куртева (химиотерапевт, онколог) УСБАЛЮ, София
16. Доц. д-р Иглика Михайлова (лъчетерапевт, онколог) УСБАЛЮ, София

## Приложение

Таблица 1. Стадиране по TNM и FIGO на карцином на маточната шийка

TNM		FIGO	
TNM	Маточна шийка	FIGO	Маточна шийка
Tis	Интраепителиално изменение (Carcinoma in situ)	-	-
T1*	Тумор, ограничен в маточната шийка	I*	Тумор, ограничен в маточната шийка
T1a	Диагнозата е само микроскопска. най-дълбока инвазия $\leq 5.0$ мм в дълбочина и хоризонтално разпространение $\leq 7.0$ мм. Всички макроскопски езии, дори и с повърхностна инвазия са T1b	IA	Диагнозата е само микроскопска. най-дълбока инвазия $< 5.0$ мм в дълбочина
T1a1	най-дълбока инвазия $\leq 3.0$ мм в дълбочина и хоризонтално разпространение $\leq 7.0$ мм.	IA1	най-дълбока инвазия $< 3.0$ мм в дълбочина
T1a2	най-дълбока инвазия $\geq 3.0$ мм и $\leq 5.0$ мм в дълбочина и хоризонтално разпространение $\leq 7.0$ мм	IA2	най-дълбока инвазия $\geq 3.0$ мм и $< 5.0$ мм в дълбочина
T1b	Клинично видим, или тумор повече от T1a2	IB**	Инвазивен карцином $\geq 5.0$ мм в дълбочина (по-голям от IA стадий**), ограничен в маточната шийка
T1b1	Тумор $\leq 4.0$ см	IB1	Тумор с инвазия $\geq 5$ mm и $< 2$ cm в най-големия диаметър
-	-	IB2	Тумор с инвазия $\geq 2$ cm и $< 4$ cm. в най-големия диаметър
T1b2	Тумор $> 4$ см. в най-големия си размер	IB3	Тумор с инвазия $\geq 4$ cm в най-големия диаметър
T2	Инфилтрация на матката, но без инфилтрация на тазовата стена или долната трета на влагалището	II	Инфилтрация на матката, но без инфилтрация на тазовата стена или долната трета на влагалището
T2a1	Клинично видим, Тумор $\leq 4.0$ см	IIA1	Тумор $< 4.0$ cm в най-големия размер
T2a2	Клинично видим, Тумор $> 4$ см. в най-големия си размер	IIA2	Тумор $\geq 4$ cm. в най-големия размер
T2B	Инфилтрация на параметриума	IIB	Инфилтрация на параметриума без да достига до тазовата стена
T3	Инфилтрация на долната трета на влагалището или тазовата стена, хидронефроза или афункция на	III	Инфилтрация на долната трета на влагалището или тазовата стена, хидронефроза, или афункция на бъбрека

	бъбрека		със или без ангажиране на тазови и/или парааортални лимфни възли
T3A	Инфилтрация на долната трета на влагалището	IIIA	Инфилтрация на долната трета на влагалището без да излиза от таза
T3B	Инфилтрация на тазовата стена, хидронефроза, или афункция на бъбрека	IIIB ***	Инфилтрация на тазовата стена, хидронефроза или афункция на бъбрека или излизащ извън таза
-	-	IIIC	Ангажиране на тазови и/или парааортални лимфни възли независимо от размера на тумора
-	-	IIIC1	Ангажиране само на тазови лимфни възли
		IIIC2	Ангажиране на парааортални лимфни възли
T4	Инфилтрация на мускулатурата на пикочния мехур, ректума или разпространение извън таза	IVA	Туморът излиза извън таза или има инфилтрация на мускулатурата на пикочния мехур, ректума , доказани хистологично
N1****	Регионални	-	-
M1	Далечни метастази	IVB	Разпространение към далечни органи (ингвинални, медиастинални и супраклавикуларни лимфни възли, перитонеум, бял дроб, черен дроб, кости)

\*Инвазията към маточното тяло се пренебрегва, \*\*Всички макроскопски видими лезии, дори тези със суперфициална инвазия се класифицират като IV стадий. Инвазията се ограничава до максимална дълбочина 5.0 мм не влиза в съображение хоризонталното разпространение. Дълбочината на инвазия не трябва да е > от 5.0 мм от основата на епитела –покривен или жлезен. Дълбочината на инвазия винаги трябва да се отчита в мм, дори и в случаите на „ранна (минимална) стромна инвазия” (-1.0 мм). Засягането на съдовите/лимфните пространства не трябва да променя разпределянето \*\*\* При ректално туширане няма свободно от тумор пространство между тумора и тазовата стена. Всички случаи с хидронефроза или нефункциониращ бъбрек се включват, с изключение на случаите за които се знае, че са по друга причина. \*\*\*\* Булозния едем не е основание за класифициране като IV стадий. \*\*\*\*\*За да бъдат определени като N0 е необходимо да се изследват 10 или повече тазови лимфни възли

Таблица 2. Рискови групи според прогностичните фактори и вид на радикалната хистеректомия при болни с рак на маточната шийка

Рискова група	Размер на тумора	Лимфно-васкуларна	Стромална	Вид на радикалната
---------------	------------------	-------------------	-----------	--------------------

		инвазия	инвазия	хистеректомия *
Нисък риск	< 2 см	Отрицателна	До 1/3	B1 (A)
Умерен риск	≥ 2 см	Отрицателна	Всякаква	B2 (C1)
	< 2 см	Положителна	Всякаква	
Висок риск	≥ 2 км	Положителна	Всякаква	C1(C2)

\*Съгласно класификацията на Querleu-Morrow

Препоръчва се използването на модифицираната през 2017 година класификацията на Querleu-Morrow. (Querleu D, Cibula D, Abu-Rustum NR. 2017 Update on the Querleu-Morrow Classification of Radical Hysterectomy. *Ann Surg Oncol*. 2017, 24, 11, 3406-3412. doi: 10.1245/s10434-017-6031-z.)

Таблица 3. Класификацията на Querleu-Morrow от 2017 г. за вид на радикална хистеректомия

Вид на радикална хистеректомия	Парацервикс или латерален параметриум	Вентрален параметриум	Дорзален параменриум
Тип А	Наполовината между маточната шийка и уретера (медиално от уретера без да е имобилизиран)	Минимална ексцизия	Минимална ексцизия
Тип В1	Мобилизиране на уретера от неговото място от маточната шийка и латералния параметриум	Парциална резекция на везико-утеринния лигамент	Парциална резекция на ректо- утеринния - ректо-вагиналния лигамент и утеросакралното пространство
Тип В2	Като Тип В1 плюс парацепвикална лимфаденектомия без резекция на съдови и нервни структури	Парциална резекция на везико-утеринния лигамент	Парциална резекция на ректо- утеринния - ректо-вагиналния лигамент и утеросакралното

			пространство
Тип С1	Транзверсално от илиачните съдове, като каудалната част се запазва	Ексцизия на везико-утеринния лигамент (краниално от уретера) от пикочния мехур. Проксималната част на везико-вагинални лигамент (инервацията на пикочния мехур се запазва)	Мобилизация на ректума (хипогастралните нерви се запазват)
Тип С2	Пълно мобилизиране на илиачните съдове (включително и каудалната част)	Мобилизация на пикочния мехур с прекъсване на инервацията	Мобилизация на сакрума с прекъсване на хипогастралните нерви
Тип D	От тазовата стена, включително резекция на вътрешните илиачни съдове и/или компонентите на тазовата стена	Мобилизация на пикочния мехур, не е приложима ако е част от екзентерация.	Мобилизация на сакрума, не е приложима ако е част от екзентерация.