

17. ZHOUBNÝ NOVOTVAR OVARIÍ A TUBY (C56-57)

Před zahájením onkologické léčby musí být proveden staging onemocnění. U pacientek s karcinomem vaječníku stádia I-IV je před zahájením jakékoliv léčby včetně operačního výkonu nutné konzultovat léčebný postup v rámci multidisciplinárního týmu (MDT). Pokud je indikována neoadjuvantní terapie, tak je další postup po jejím ukončení opět indikován cestou MDT, stejně jak by měl být konzultován i další postup po provedeném operačním vstupu. Konkrétní léčebný postup u pacientek s relapsem onemocnění je také nutné konzultovat v rámci MDT.

Molekulární prediktivní vyšetření u karcinomu vaječníků

Pro všechna stádia onemocnění – panelové germinální testování možných genetických dispozic. Seznam pracovišť klinické genetiky je dostupný na webu Společnosti lékařské genetiky ČLS JEP (www.slg.cz).

U pokročilého onemocnění (v případě, kdy výsledek ovlivní klinický management) – somatické mutace genů *BRCA1* a *BRCA2*, testování HRD (zatím není v ČR dostupný validovaný a hrazený test HRD)

Fakultativní vyšetření u pokročilého a recidivujícího onemocnění – stanovení folátového receptoru alfa (FR α), HER-2, MSI-H/dMMR/TMB-H, eventuálně NGS testování dle indikace lokálního MDT.

17.1 Epteliální nádory

Následující doporučení odpovídají konsenzuálním guidelines ESMO-ESGO.

Chirurgický staging a chirurgická léčba by měla být prováděna s cílem optimální cytoredukce nádorových hmot. Přítomnost nádorového rezidua po chirurgické léčbě je nejvýznamnějším negativním prognostickým faktorem.

Podmínkou potencionálně kurativní chemoterapie je performance status ECOG 0, 1, 2, předpokládaná délka života více než 6 měsíců, interkurentní onemocnění umožňující dodržet kurativní dávku chemoterapie.

17.1.1 Primární léčba

17.1.1.1 Stádium IA low grade

dispenzarizace bez adjuvantní chemoterapie (za podmínek úplné stagingové operace včetně systematické pánevní a paraaortální lymfadenektomie)

17.1.1.2 Stadium IB a IC1, IC2, IC3 low grade – aplikace chemoterapie volitelná (3–6 cyklů)

paclitaxel + CBDCA (ev. alternativní režimy)

17.1.1.3 Stadium IA, IB, high grade – indikována aplikace chemoterapie (3*–6 cyklů)

paclitaxel + CBDCA (ev. alternativní režimy)

17.1.1.4 Stadium IC1, IC2 a IC3 – high grade – indikována adjuvantní chemoterapie (6 cyklů)

paclitaxel + CBDCA (ev. alternativní režimy)

** dle ESGO Gynae Cancers Algorithms – je u HGSC doporučena aplikace 6 cyklů*

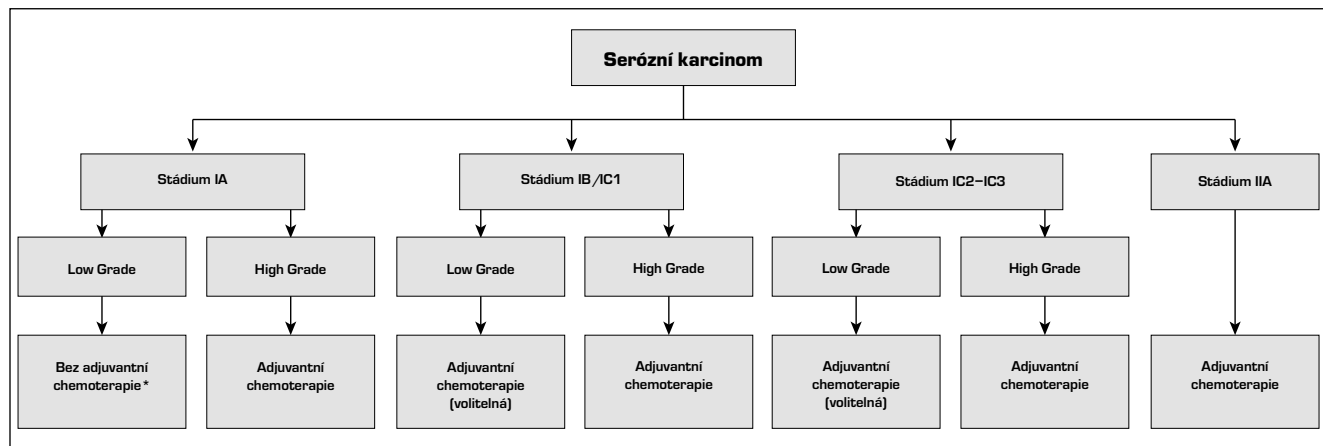
Neoadjuvantní chemoterapie je indikována u pacientek ve špatném celkovém stavu, u kterých není aktuálně možný rozsáhlý operační výkon a u pokročilých stádií onemocnění, u kterých je na základě zobrazovacích vyšetření malá pravděpodobnost dosažení optimálního debulkingu (žádné makroskopické reziduum nádoru na konci operačního výkonu). Rozhodnutí o operačním výkonu (interval debulking surgery – IDS) nutno zvažovat po 3, maximálně 4, cyklech.

17.1.1.5 Stadium II, III, IV bez ohledu na grade a histologický typ

Paclitaxel + CBDCA (ev. alternativní režimy), 6–9 cyklů. Ve stádiu IV nebo ve stádiu III s pooperačním reziduem nádoru větším než 1 cm³ je indikováno doplnění kombinace o bevacizumab od 1. nebo 2. pooperačního cyklu (zahájení aplikace nejdříve 4 týdny po operaci), aplikace bevacizumabu do progresu onemocnění či neakceptovatelné toxicity nebo maximálně po celkovou dobu 12 měsíců. U III. stadia lze použít IP chemoterapii v případě rezidua menšího než 1 cm³ (intrape-

ritoneální chemoterapie není vhodná u pacientek s operačními výkony na střevě v rámci primární cytoredukční operace). Tato léčba by měla být prováděna na pracovištích, která mají s tímto přístupem zkušenosti.

Tabulka č. 1 Rozhodovací algoritmus pro indikaci adjuvantní léčby u serózního karcinomu stadia I–IIA



*Ke zvážení pouze u pacientek s kompletním chirurgickým stagingem.

Doporučená schémata

	dávka (mg/m ²)	den aplikace	opakování cyklu
paklitaxel	175	1.	
+ CBDCA (karboplatina)	AUC 5–6	1.	à 3 týdny
paklitaxel weekly	80	1., 8., 15.	à 1 týden
CBDCA	AUC 5–6	1.	à 3 týdny
paklitaxel	175	1.	
cisplatina	75	1.	à 3 týdny
docetaxel	60–75	1.	à 3 týdny
karboplatina	AUC 5–6	1.	à 3 týdny

ICON 7

paklitaxel	175	1.	
CBDCA	AUC 5–6	1.	
bevacizumab	7,5 mg/kg	1.	à 3 týdny

Chemoterapie 6 cyklů, bevacizumab se zahajuje s 1. nebo 2. cyklem chemoterapie tak, aby byl zachován odstup minimálně 4 týdny od operace – délka aplikace 12 měsíců (18 cyklů).

Bevacizumab v dávce 7,5 mg/kg má v ČR úhradu v první linii léčby u pacientek ve stadiu IV nebo ve stadiu III s pooperačním reziduem nádoru alespoň 1 cm³.

Intraperitoneální chemoterapie

paklitaxel	135	1. i.v. infuze	ve 24 hod./3 hod.
cisplatina	75–100	2. i. p.	
paklitaxel	60	8. i. p.	à 3 týdny

Chemoterapie 6 cyklů

Data o využití hypertermické intraperitoneální chemoterapii (HIPEC) v léčbě ovariálního karcinomu zůstávají nejednoznačná. Dle aktuálního evropského doporučení ESMO/ESGO je možné zvážit použití HIPEC v rámci intervalové debulkinné operace v primární léčbě. Podmínkou by měla být zkušenost pracoviště s touto metodou a pečlivý výběr pacientek a zvažování prospěchu a rizik. V jiných klinických situacích je použití HIPEC vyhrazeno pouze pro klinické studie. Podrobně viz kapitola 39. Cytoredukční chirurgie a HIPEC.

U pacientek starších 70 let nebo ve špatném celkovém stavu či s četnými a závažnými komorbiditami má být upřednostněn kombinovaný weekly režim, event. redukce dávek před monoterapií platinovým derivátem. Kombinovaný režim s karboplatinou je standardem léčby v první linii.

	dávka (mg/m ²)	den aplikace	opakování cyklu
paklitaxel	60	1.	à 1 týden
CBDCA	AUC 2	1.	à 1 týden
Délka aplikace 18 týdnů			
P			
cisplatina	75–100	1.	à 3 týdny
CBDCA			
karboplatina	AUC 5–6	1.	à 3 týdny

17.1.2 Udržovací terapie inhibitory PARP po I. linii chemoterapie pro pokročilé onemocnění

Každá pacientka s epiteliálním ovariálním karcinomem bez ohledu na věk, histotyp a rodinnou anamnézu je indikována k vyšetření germinálních (gBRCA), optimálně i somatických (sBRCA) mutací genů BRCA1 a BRCA2.

U pacientek s pokročilým high-grade serózním nebo high-grade endometroidním karcinomem ovaria, které nemají progresi onemocnění po dokončení chemoterapie po primární nebo intervalové debulkingové operaci, je indikována udržovací léčba inhibitory PARP; volba konkrétního postupu by měla zohledňovat biologické charakteristiky nádoru, zejména mutační status genů BRCA a HRD.

Oba aktuálně dostupné PARP inhibitory (olaparib a niraparib) prokázaly účinnost u pacientek s germinální i somatickou mutací genů BRCA1/2, niraparib má k dispozici data účinnosti i v neselektované populaci pacientek. Léčbu olaparibem je nutné zahájit do 8 týdnů od ukončení chemoterapie a trvá do netolerovatelné toxicity, progresi onemocnění, nebo maximálně po dobu 2 let. Léčbu niraparibem je nutné zahájit do 12 týdnů od ukončení chemoterapie a trvá do netolerovatelné toxicity, progresi onemocnění, nebo maximálně po dobu 3 let. Oba přípravky mají mírně odlišný profil toxicity, dosud nejsou k dispozici komparativní studie obou preparátů.

17.1.2.1 Maintenance terapie olaparibem

Lynparza je indikována:

- k udržovací léčbě u nově diagnostikovaných pacientek s pokročilým (stádium FIGO III, FIGO IV) high-grade serózním či endometroidním epiteliálním karcinomem vaječníku, tuby a primárním peritoneálním tumorem, které po chemoterapii na bázi platiny dosáhly odpovědi charakteru PR nebo CR. V registrační studii (SOLO1) byly pacientky léčeny tabletami olaparibu v dávce 300 mg 2× denně. Jedná se o pacientky nepředléčené bevacizumabem, ve stavu výkonnosti 0-1 dle ECOG. Léčba olaparibem je hrazena do progresi onemocnění nebo neakceptovatelné toxicity. U pacientek s přetrvávající kompletní remisí je úhrada navíc omezena vyčerpáním dvou let léčby, po dvou letech mohou v léčbě pokračovat pouze pacientky s reziduálním onemocněním (přetrvávající parciální remisí).

	dávka (mg)	den aplikace	opakování cyklu
Lynparza tbl.	300		2× denně
			max. 2 roky nebo kontinuálně do progresi při přetrvávající částečné léčebné odpovědi

Lynparza v kombinaci s bevacizumabem je indikována pro:

- udržovací léčbu pacientek s pokročilým high-grade epiteliálním karcinomem vaječníků, vejcovodu nebo primárním peritoneálním karcinomem (FIGO III a IV), které dosáhly odpovědi (úplnou nebo částečnou) po dokončení první linie

chemoterapie na bázi platiny, a které mají potvrzený deficit homologní rekombinace (HRD) definovaný buď mutací BRCA 1, BRCA 2 a/nebo genomovou nestabilitou.

	dávka (mg)	den aplikace	opakování cyklu
Lynparza	300		2× denně
Bevacizumab**	15 mg/kg		kontinuálně do PD nebo 2 roky à 3 týdny po dobu 15 měsíců

Dle aktuálních ESMO guidelines je doporučeno testování genomické nestability (HRD), neboť pomocí tohoto testu lze identifikovat podskupinu pacientek, které mají nemutovaný typ genu BRCA, avšak mohou mít prospěch z léčby inhibitory PARP. Nemocné s pozitivitou HRD a objektivní odpovědí na prvoliniovou chemoterapii na bázi platiny s bevacizumabem nebo bez něj by měly podstoupit udržovací léčbu inhibitory PARP, a to buď olaparibem v kombinaci s bevacizumabem (pokud byl podáván zároveň s chemoterapií v 1. linii) nebo niraparibem v monoterapii.

*** V současnosti v ČR není k dispozici plošně dostupný, ze zdravotního pojištění hrazený, validovaný test pro stanovení HRD.**

**** V ČR není bevacizumab v dávce 15 mg/kg v kombinaci s olaparibem (studie PAOLA-1) v této indikaci hrazený ze zdravotního pojištění, v případě indikace je nutné schválení úhrady RL.**

17.1.2.2 Maintenance terapie niraparibem

Přípravek Zejula je indikován bez ohledu na mutační statut (tzn. i u gBRCA nebo sBRCA negativních pacientek); jako monoterapie k udržovací léčbě dospělých pacientek s pokročilým high-grade serózním či endometroidním epitelialním karcinomem vaječníků, vejcovodů nebo primárním karcinomem peritonea (stadia FIGO III a IV), které odpovídají (úplná nebo částečná odpověď) po dokončení první linie chemoterapie založené na platině. Jedná se o pacientky nepředléčené bevacizumabem ve výkonnostním stavu PS 0-1. Udržovací terapie by měla být zahájena do 12 týdnů od poslední aplikace chemoterapie. Terapie je hrazena do progresu onemocnění nebo neakceptovatelné toxicity a maximální délka terapie jsou 3 roky (36 měsíců).

	dávka (mg)	den aplikace	opakování cyklu
Zejula cps.	200 nebo 300 mg 300 mg (u pacientek s hmotností ≥ 77 kg a výchozím počtem trombocytů ≥ 150 000/μl)		1× denně kontinuálně 3 roky nebo do progresu

17.1.3 Chemoterapie jako součást léčby recidivujícího a progredujícího onemocnění

17.1.3.1 Pacientky, u nichž není předpoklad odpovědi na léčbu platinovým derivátem

Zpravidla pacientky, u nichž je recidiva nebo progresu onemocnění diagnostikována v kratším časovém odstupu od předchozí linie s platinovým derivátem, nejčastěji v intervalu kratším než 6 měsíců, nebo pacientky progredující na léčbě platinovým derivátem. Ve II. a dalších liniích lze doporučit léčbu monoterapií nebo kombinaci s bevacizumabem. Chirurgický vstup má pouze paliativní záměr – např. ileózní stav, atd. V této skupině pacientek lze předpokládat přibližně stejnou pravděpodobnost odpovědi na chemoterapii u všech používaných agens. U vybraných pacientek lze očekávat největší benefit při kombinaci s bevacizumabem. Bevacizumab lze kombinovat s paklitaxelem, topotekanem nebo pegylovaným liposomálním doxorubicinem, nejvhodnější je kombinace s paklitaxelem. Bevacizumab je v této indikaci hrazen pacientkám, které nebyly léčeny více než dvěma předchozími liniemi chemoterapie (registrační studie AURELIA).

Na základě výsledků studie fáze 3 MIRASOL (IMGN853-0416) byl registrován přípravek mirvetuximab soravtansin, který je indikován k léčbě pacientek s high-grade serózním epitelialním karcinomem ovaria, tubárním karcinomem nebo primárním karcinomem peritonea s pozitivitou folátového receptoru alfa (FRα) a rezistencí k léčbě na bázi platiny, které podstoupily jeden až tři předchozí režimy systémové léčby. Podmínkou podání přípravku je pozitivita folátového recep-

toru v nádoru definovaná jako $\geq 75\%$ životaschopných nádorových buněk s prokázaným středně silným (2+) a/nebo silným (3+) barvením membrány pomocí imunohistochemie. Mirvetuximab soravtansin představuje preferovanou léčbu u pacientek s FR α -pozitivním platinum-rezistentním onemocněním, pokud jsou splněna indikační kritéria.

Doporučený režim pro pacientky nepředléčené bevacizumabem

	dávka (mg/m ²)	den aplikace	opakování cyklu
paklitaxel	týdně 80	1., 8., 15., 22.	à 4 týdny
bevacizumab	10 mg/kg	1., 15.	à 4 týdny
topotekan	4	1., 8., 15.	à 4 týdny
*bevacizumab	10 mg/kg	1., 15.	à 4 týdny
topotekan	1,25	1.–5.	à 3 týdny
*bevacizumab	15 mg/kg	1.	à 3 týdny
pegylovaný liposomální doxorubicin	40	1.	à 4 týdny
*bevacizumab	10 mg/kg	1., 15.	à 4 týdny

Doporučený režim pro pacientky předléčené 1–3 liniemi a s pozitivním folátovým receptorem

	dávka (mg/m ²)	den aplikace	opakování cyklu
mirvetuximab soravtansin	6 mg/kg AIBW*	1.	à 3 týdny

* Léčba podléhá schválení RL

** O uhradě přípravku ze zdravotního pojištění v této indikaci nebylo k 1. 3. 2026 rozhodnuto.

*** AIBW = upravená ideální tělesná hmotnost (viz SPC přípravku Elahere)

Doporučené režimy u pacientek předléčených bevacizumabem, nebo režimy vyšších linií

- A/ **gemcitabine 800 mg/m² i.v. v týdenním režimu (weekly)**
- B/ **etoposide 50 mg/m² p.o. 10–14 dnů se 14 denní pauzou** (perorální etoposid není t.č. v ČR dostupný)
- C/ **pegylovaný liposomální doxorubicin 50 mg/m² i.v. (interval 28 dnů)**
- D/ **doxorubicin 50 mg/m² i.v. (interval 28 dnů)**
- E/ **docetaxel 100 mg/m² i.v. (interval 21 dnů)**
- F/ **paklitaxel 80 mg/m² i.v. v týdenním režimu (weekly)**
- G/ **topotecan 1,5 mg/m² i.v. 1.–5. den (interval 28 dnů)**

17.1.3.2 Pacientky, u nichž je předpoklad odpovědi na léčbu platinovým derivátem

Zpravidla pacientky, u nichž je diagnostikována recidiva/progrese onemocnění po době delší než 6 měsíců od ukončení předchozí linie chemoterapie s platinovým derivátem. Sekundární debulking je doporučovaný při relapsu onemocnění minimálně po 6 měsících od primární léčby (1. recidiva onemocnění), preferovaným postupem je však provedení debulkingu v případě progrese po 12 a více měsících. Prospektivní randomizovaná studie fáze III (AGO DESKTOP III/ENGOT ov20) prokázala benefit sekundárního debulkingu při dosažení nulového pooperačního rezidua (prodloužení PFS i OS). Nejvhodnější k operaci je solitární recidiva u pacientek v dobrém celkovém stavu. Pozitivní tzv. AGO skóre (ECOG PS 0, ascites ≤ 500 ml, R0 při primární operaci) predikuje dosažení nulového nádorového rezidua s pravděpodobností až 75 % (záleží na zkušenosti pracoviště). U žen s dobrým výkonnostním stavem a/nebo chirurgicky odstraněnou recidivou je chemoterapie potencionálně kurativní. Chemoterapie má potenciál dosažení dlouhodobé remise.

Při rozhodování o typu chemoterapie je nutno zvažovat kvalitu života s ohledem na další toxicitu léčby. Kombinovaná chemoterapie založená na platinovém derivátu v této skupině dosahuje lepších výsledků než monoterapie. Preferovaným režimem je na základě prospektivních randomizovaných studií fáze III kombinace CBDCA + pegylovaný liposomální doxorubicin (CALYPSO) + bevacizumab (AGO-OVAR2.21/ENGOT ov-18). U pacientek dosud neléčených antiangiogenní léčbou je možná kombinace karboplatina/gemcitabin/bevacizumab.

Možné kombinace cytostatik jsou založeny na kombinaci s platinovým derivátem, 6 až 8 cyklů. U vybraných pacientek s recidivujícím onemocněním a TFI <6 měsíců může být znovu zvažován i platinový derivát („platinum based re-challenge“), pokud není známa kontraindikace nebo pacientka nemá refrakterní, rezistentní onemocnění (progrese během nebo časná symptomatická progrese po jejím ukončení).

Navrhovaná schémata pro relaps onemocnění

	dávka (mg/m ²)	den aplikace	opakování cyklu
Caelyx	30	1.	à 4 týdny
CBDCA	5 AUC	1.	à 4 týdny
paklitaxel	175	1.	
CBDCA	AUC 5–6	1.	à 3 týdny
paklitaxel weekly	80	1., 8., 15.	à 1 týden
CBDCA	AUC 5–6	1.	à 3 týdny
paklitaxel	175	1.	
cisplatina	75	1.	à 3 týdny
gemcitabin	1000	1., 8.	
CBDCA	AUC 5–6	1.	à 4 týdny
docetaxel	60–75	1.	
CBDCA	AUC 5–6	1.	à 3 týdny

Doporučené režimy s bevacizumabem

Pegylovaný

liposomální doxorubicin	30	1.	
CBDCA AUC	5	1.	à 4 týdny
*bevacizumab	10 mg/kg	1., 15.	
gemcitabin	1000	1., 8.	à 3 týdny
CBDCA	AUC 4	1.	
*bevacizumab	15 mg/kg	1.	

Chemoterapie 6 cyklů a bevacizumab od 1 (event. 2 pooperačního) cyklu chemoterapie do progrese onemocnění.

* Léčba podléhá schválení RL

	dávka (mg/m ²)	den aplikace	opakování cyklu
Režimy pro monoterapii			
topotekan	1,5	1.–5.	à 3 týdny
etoposid p.o.	25–50	1.–14.	à 3 týdny
gemcitabin	750–1000	1., 8., 15.	à 4 týdny
CBDCA	5–6 AUC	1.	à 3 týdny
cisplatina	75	1.	à 3 týdny
peglylovaný liposomální doxorubicin (Caelyx)	50	1.	à 4 týdny
docetaxel	75–100	1.	à 3 týdny
paklitaxel weekly	80	1.	à 1 týden

Režimy 3. a další linie patří do paliativní chemoterapie (založené na cisplatině, karboplatině, doxorubicinu, cyklofosfami-
du, gemcitabinu, atd. pokud nebyly použity dříve).

17.1.4 Udržovací terapie PARP inhibitory u relabujícího onemocnění

17.1.4.1 Maintenance terapie olaparibem

Přípravek Lynparza je indikován:

- v monoterapii k udržovací léčbě dospělých pacientek s relabujícím high grade serózním epiteliálním karcinomem vaječníku, vejcovodu, nebo primárně peritoneálním tumorem ve II. a vyšší linii s mutací BRCA (zárodečnou a/nebo somatickou) citlivým na léčbu platinou, u nichž došlo k relapsu onemocnění a které odpovídají (úplně nebo částečně) na chemoterapii založenou na platině. Přípravek Lynparza je hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Léčba olaparibem má být zahájena nejpozději 8 týdnů po podání poslední série chemoterapie s platinovým derivátem.

	dávka (mg)	den aplikace	opakování cyklu
Lynparza tbl.	300		2× denně kontinuálně do progresu

17.1.4.2 Maintenance terapie niraparibem

jako monoterapie k udržovací léčbě dospělých pacientek s rekurentním na léčbu platinou senzitivním high-grade serózním epiteliálním karcinomem vaječníků, vejcovodů nebo primárním karcinomem peritonea, které odpovídají (úplná nebo částečná odpověď) na chemoterapii založenou na platině.

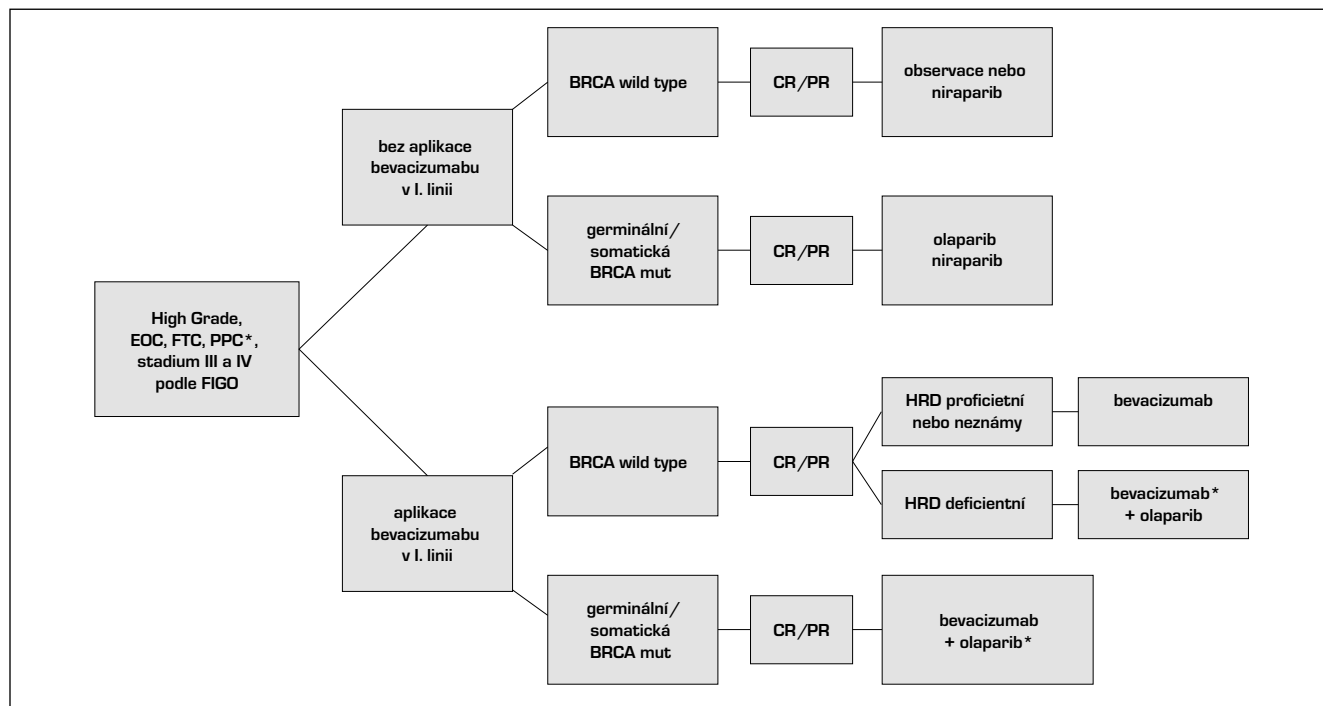
Finální analýza dat registrační studie NOVA však neuvádí benefit OS ve skupině pacientek bez defektu homologní rekombinace (resp. bez mutací genů BRCA1 a BRCA2). Na základě těchto dat doporučila FDA stáhnout indikaci pro wtBRCA pacientky. V evropské registraci a SPC však tato indikace zůstává. Udržovací léčbu niraparibem v této indikaci u wtBRCA pacientek je tak třeba volit s ohledem na očekávaný benefit a případné schválení úhrady.

	dávka (mg)	den aplikace	opakování cyklu
Zejula cps.	200 nebo 300 mg 300 mg (u pacientek s hmotností ≥ 77 kg a výchozím počtem trombocytů ≥ 150 000/μl)		1× denně kontinuálně do progresu

*** V ČR není niraparib v této indikaci hrazený ze zdravotního pojištění, v případě indikace je nutné schválení RL.**

Poznámka: Germinální mutace jsou testovány ČIA akreditovanými molekulárně-genetickými laboratořemi, somatické mutace jsou testovány Patologickou společností vybranými referenčními laboratořemi.

Tabulka č. 2: Rozhodovací algoritmus o volbě udržovací léčby u HG serózního nebo endometroidního karcinomu ovaria stadia III–IV



***Tyto indikace podléhají schválení RL.**

***EOC—epithelial ovarian cancer, FTC – fallopian tube cancer, PPC – primary peritoneal cancer**

17.2 Ostatní epiteliální ovariální ZN

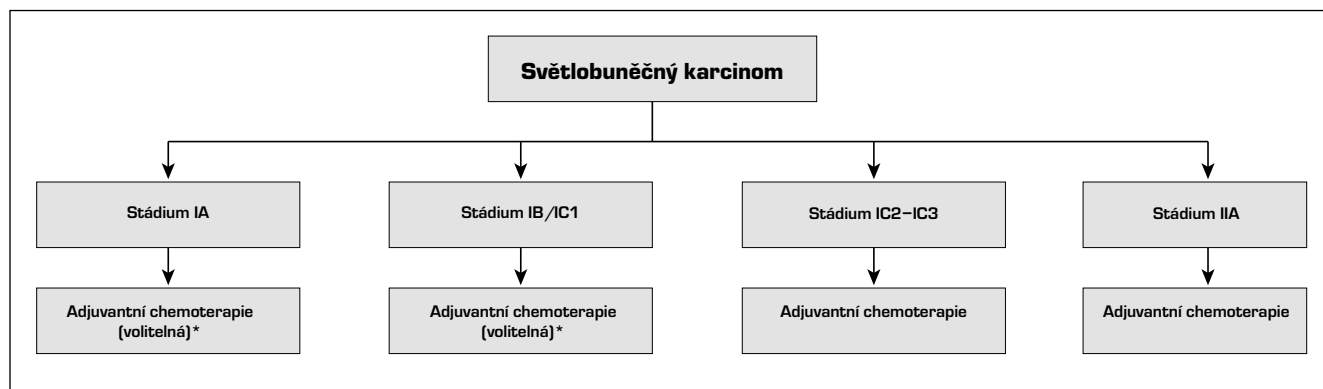
17.2.1 Chemoterapie jako součást primární léčby

Po chirurgické léčbě neepiteliálních ovariálních ZN nutno považovat primární chemoterapii za kurativní. Následující doporučení odpovídají konsenzuálním doporučením ESMO-ESGO.

17.2.1.1 Clear cell karcinomy ovaria

Po kompletním chirurgickém stagingu či radikální operaci je další terapie shodná s high grade epiteliálními karcinomy ovaria.

Tabulka č. 3: Rozhodovací algoritmus pro indikaci adjuvantní léčby u clear cell karcinomu stadia I–IIA



***Ke zvážení pouze u pacientek s kompletním chirurgickým stagingem.**

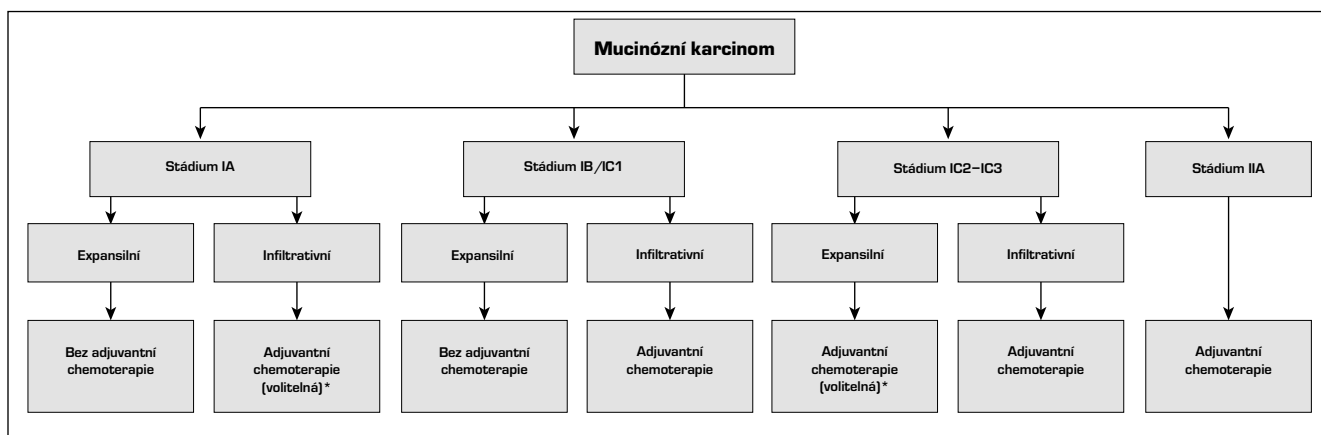
17.2.1.2 Karcinosarkom (Maligní smíšený Mulleriánský tumor)

Po kompletním chirurgickém stagingu či radikální operaci je další **systémová léčba shodná s high-grade epiteliálními karcinomy ovaria**, preferenčně režimem karboplatina + paklitaxel.

17.2.1.3 Mucinózní karcinom

U tohoto karcinomu by mělo být v rámci stagingových vyšetření provedeno došetření GIT-u (GFS, koloskopie) a stanovení hladiny CEA. Základem systémové léčby zůstává chemoterapie platinovým derivátem v kombinaci s taxanem; u vybraných pacientek, zejména při pokročilém anebo recidivujícím onemocnění, lze zvážit i chemoterapii gastrointestinálními režimy (FOLFOX, XELOX).

Tabulka č. 4: Rozhodovací algoritmus pro indikaci adjuvantní léčby u mucinózního karcinomu stadia I–IIA



*Ke zvážení pouze u pacientek s kompletním chirurgickým stagingem.

17.2.1.4 Low grade serózní /endometroidní karcinom

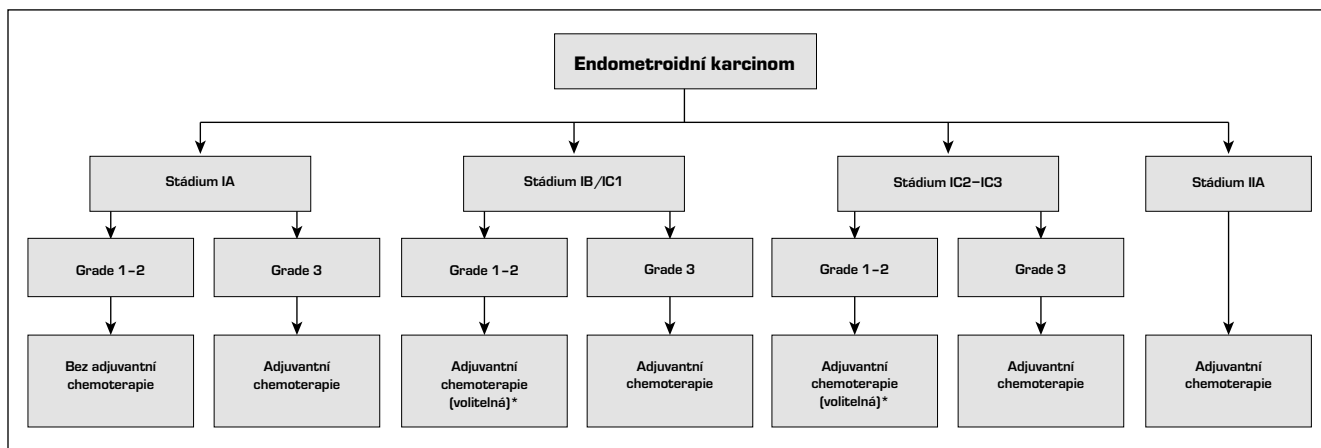
U této histologie lze kromě chemoterapie, která je shodná s režimy používanými u high-grade ovariálních karcinomů, zvážit v případě low grade karcinomů i hormonoterapii – inhibitory aromatázy (anastrozol, letrozol, exemestan), leuproid acetátem či tamoxifenem.

V neoadjuvantní léčbě low grade serózního karcinomu a v případě pooperačního rezidua u pokročilých stádií low grade serózního karcinomu je vhodné zvážit zařazení bevacizumabu do léčby.

Pro pacientky s recidivujícím progredujícím low grade serózním karcinomem je po selhání chemoterapie na bázi platiny účinný MEK inhibitor trametinib (v dávce 2 mg p.o./24 hod).

V ČR nemá t. č. úhradu.

Tabulka č. 5:



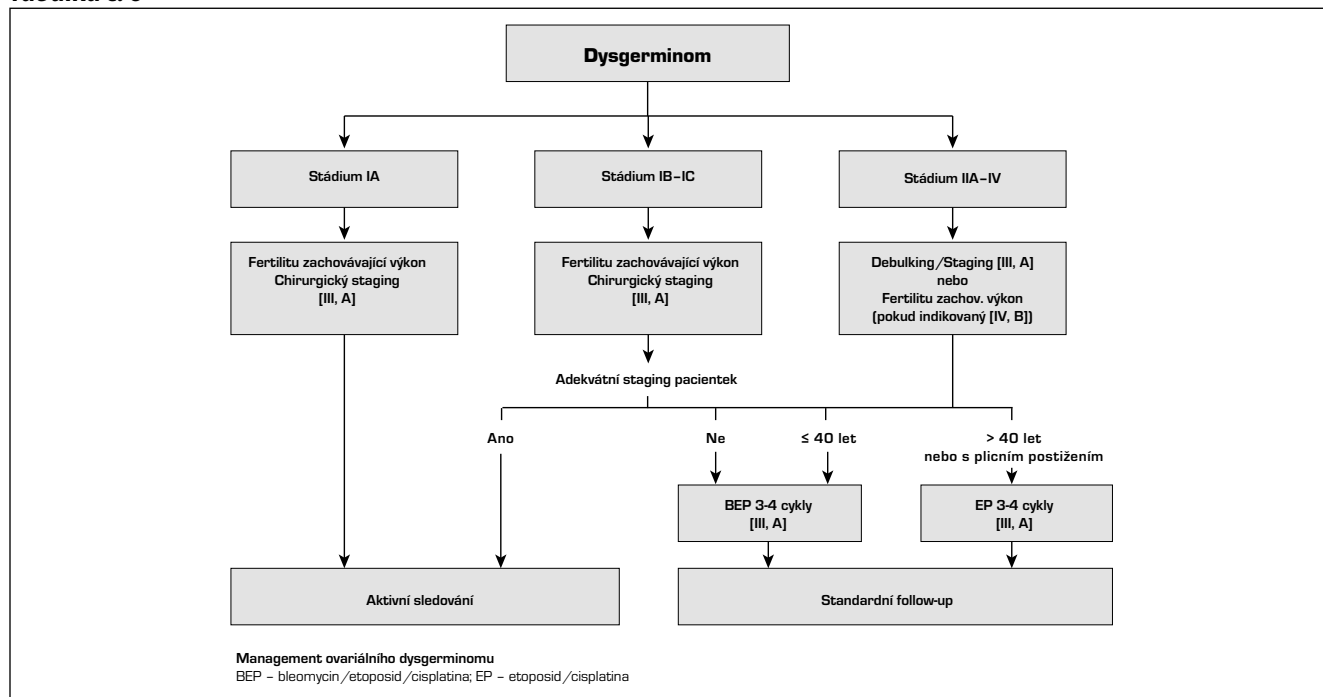
*Ke zvážení pouze u pacientek s kompletním chirurgickým stagingem.

17.3. Neepiteliální ovariální ZN

17.3.1.1 Germinální ZN

Management terapie dysgerminomu

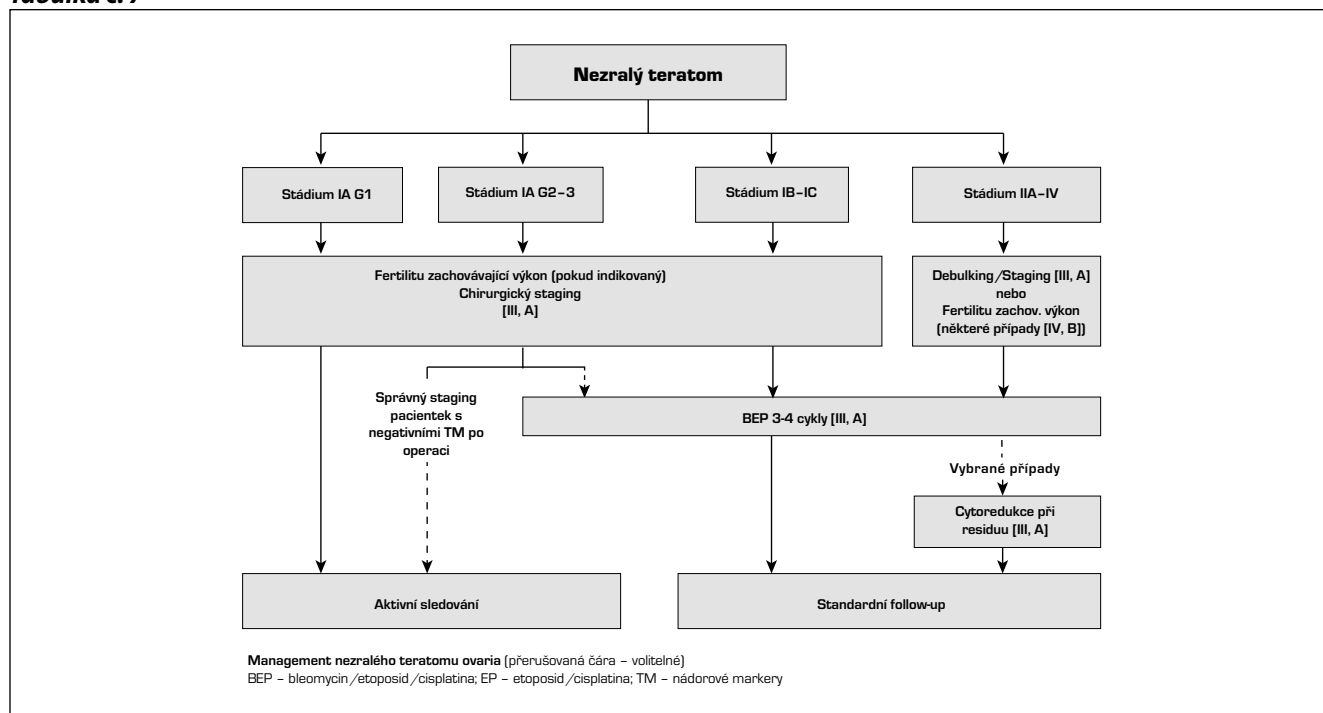
Tabulka č. 6



Aktivní sledování viz tab. č. 13

Management terapie nezralého teratomu

Tabulka č. 7

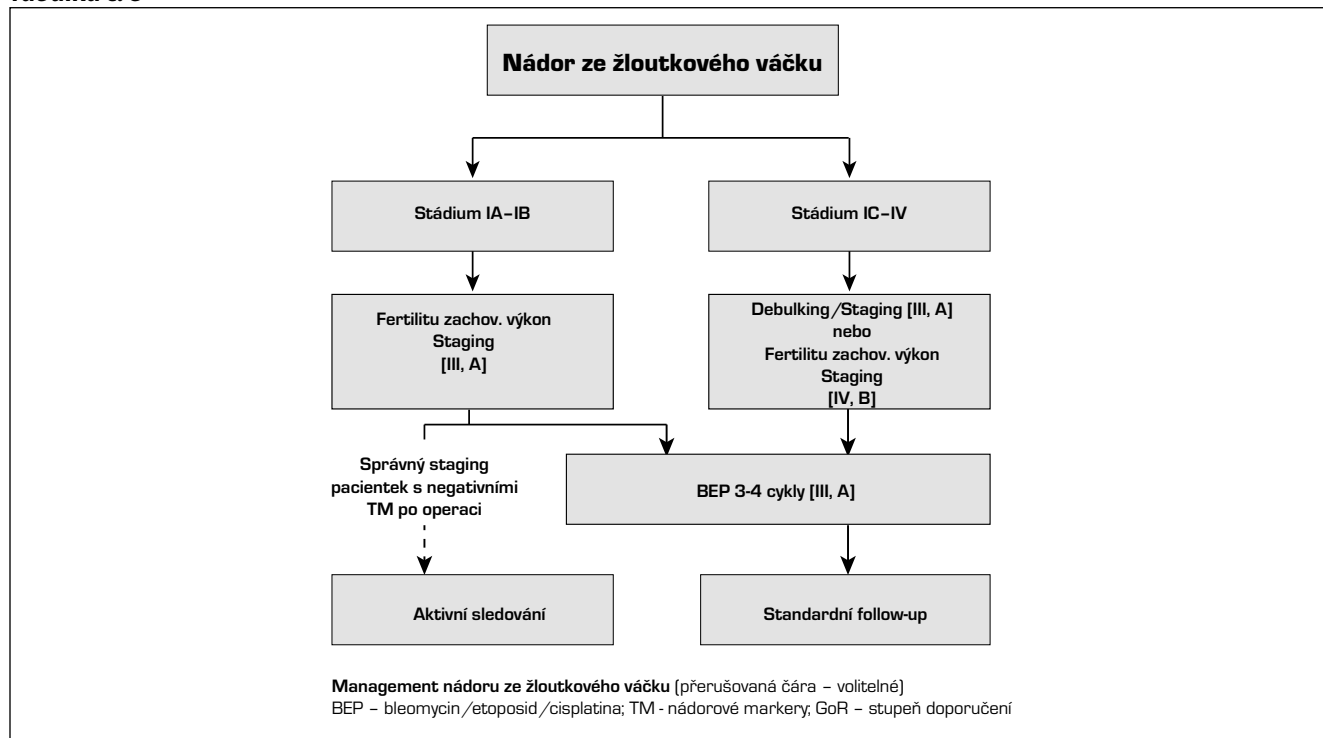


Aktivní sledování viz tab.č. 13

Adjuvantní chemoterapie ve stádiu IA grade 2 a 3 a ve stádiu IB a IC zůstává kontroverzní.

Management tumoru ze žloutkového vřčku

Tabulka č. 8



Aktivní sledování viz tab. č. 13

U yolk sac tumorů ve stádiu IA - IB lze zvážit aktivní sledování v případě kompletního stagingu a při negativních pooperačních tumorových markerech (hladina AFP), ale tento přístup není univerzálně akceptovaný a je nutné ho diskutovat s pacientkou.

Nejčastěji používanou kombinovanou chemoterapií u germinálních tumorů je 5denní BEP.

Standardní adjuvantní terapie

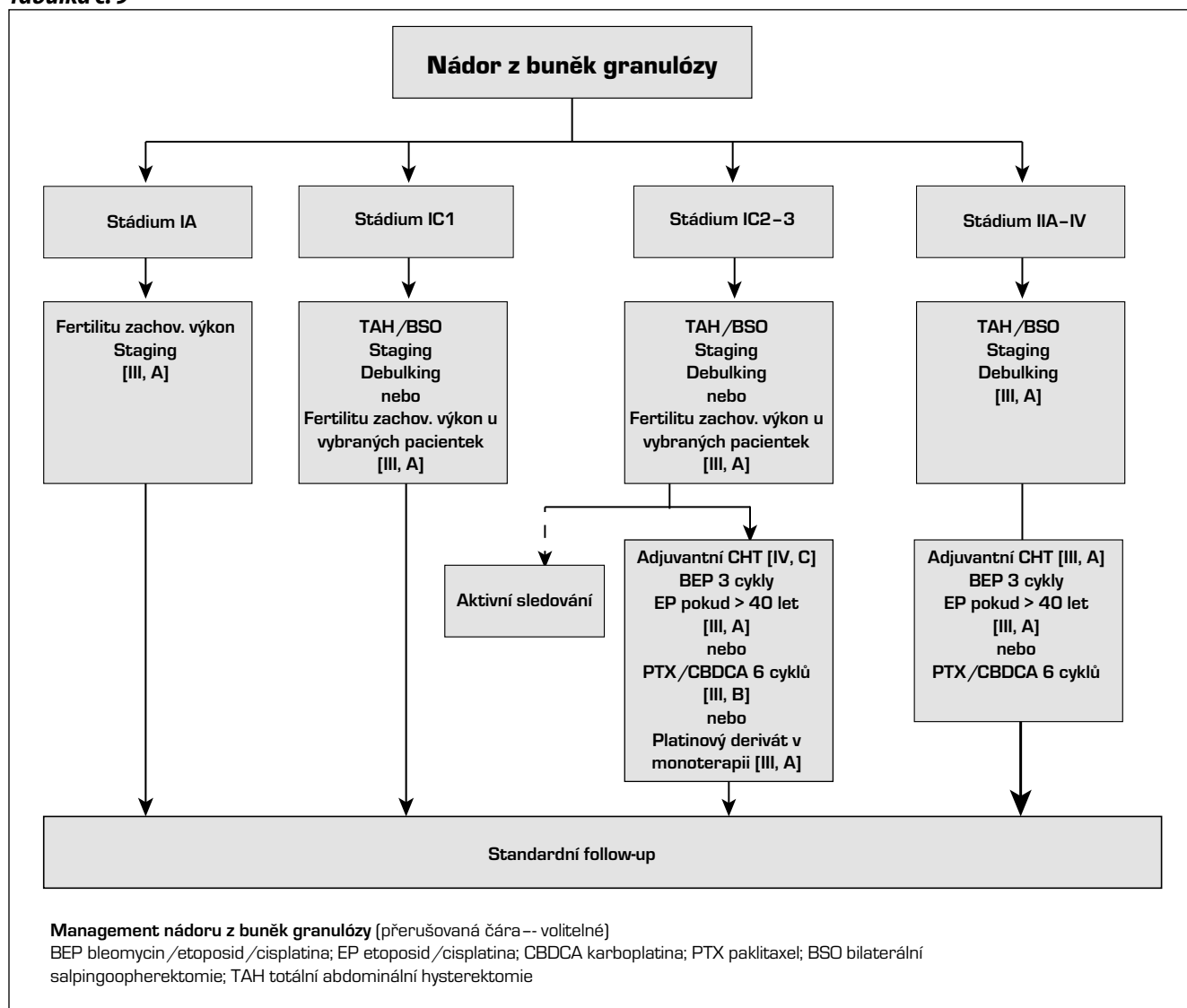
	dávka (mg/m ²)	den aplikace	opakování cyklu
BEP (cisplatina, etoposid, bleomycin)			
DDP	20	1.–5.	
etoposid	100	1.–5.	
bleomycin	30 U	2., 9., 16. nebo 1., 8., 15.	à 3 týdny
EP (etoposid, cisplatina)			
DDP	20	1.–5.	
etoposid	100	1.–5.	à 3 týdny
CE (etoposid, karboplatina)			
etoposid	120	1.–3.	
CBDCA	AUC5	1.	à 4 týdny

Neexistuje standardní doporučení pro rekurentní onemocnění, zejména „salvage“ terapii. Lze zvážit léčbu jako u testikulárních a/nebo extragonadálních germinálních nádorů [režimy na bázi cisplatiny, ifosfamid, paklitaxelu: Velp (vinblastin, IFO, DDP), TIP (paklitaxel, IFO, DDP), VAC (vinkristin, daktinomycin, cyklofosfamid), paklitaxel/gemcitabin, paklitaxel/CBDCA, docetaxel/CBDCA, paklitaxel/IFO]. Pacientky s platina-refrakterním a rezistentním onemocněním mají při recidivě horší prognózu.

17.3.1.2. Nádory ze zárodečných pruhů a stromatu gonád

Management granulosa cell tumorů

Tabulka č. 9



Aktivní sledování viz tab. č. 13

Nejčastěji používané režimy:

- BEP (cisplatina, etoposid, bleomycin), EP (cisplatina, etoposid)
- Paklitaxel/CBDCA (akceptovatelná alternativa režimu BEP/EP)
- CAP (cyklofosamid, doxorubicin, cisplatina) nebo
- Platinový derivát v monoterapii

Bleomycin by neměl být aplikovaný u pacientek starších 40 let nebo u těch, které mají již existující plicní onemocnění.

Další alternativní režimy :

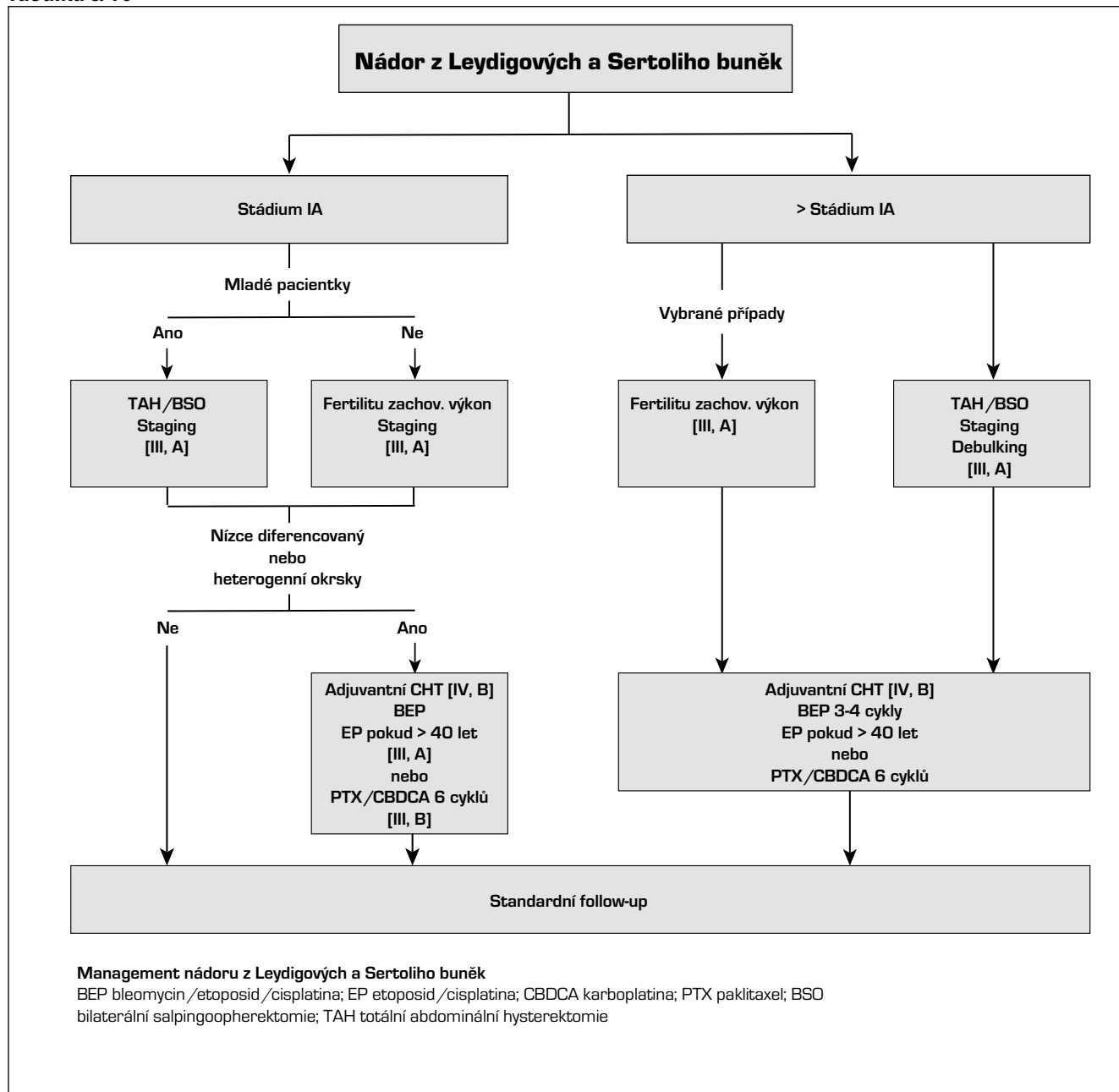
- BIP (cisplatina, ifosfamid, bleomycin)
- Paklitaxel / IFO, paklitaxel / gemcitabin

V této indikaci lze v případě recidivy onemocnění u pacientek zvážit i hormonoterapii IA (letrozol, anastrozol), tamoxifen, leuprolin acetát (GnRH analog). V rámci klinických studií je popisovaný i efekt bevacizumabu.

Poznámka: cisplatinu lze v kombinacích nahradit CBDCA v odpovídající dávce.

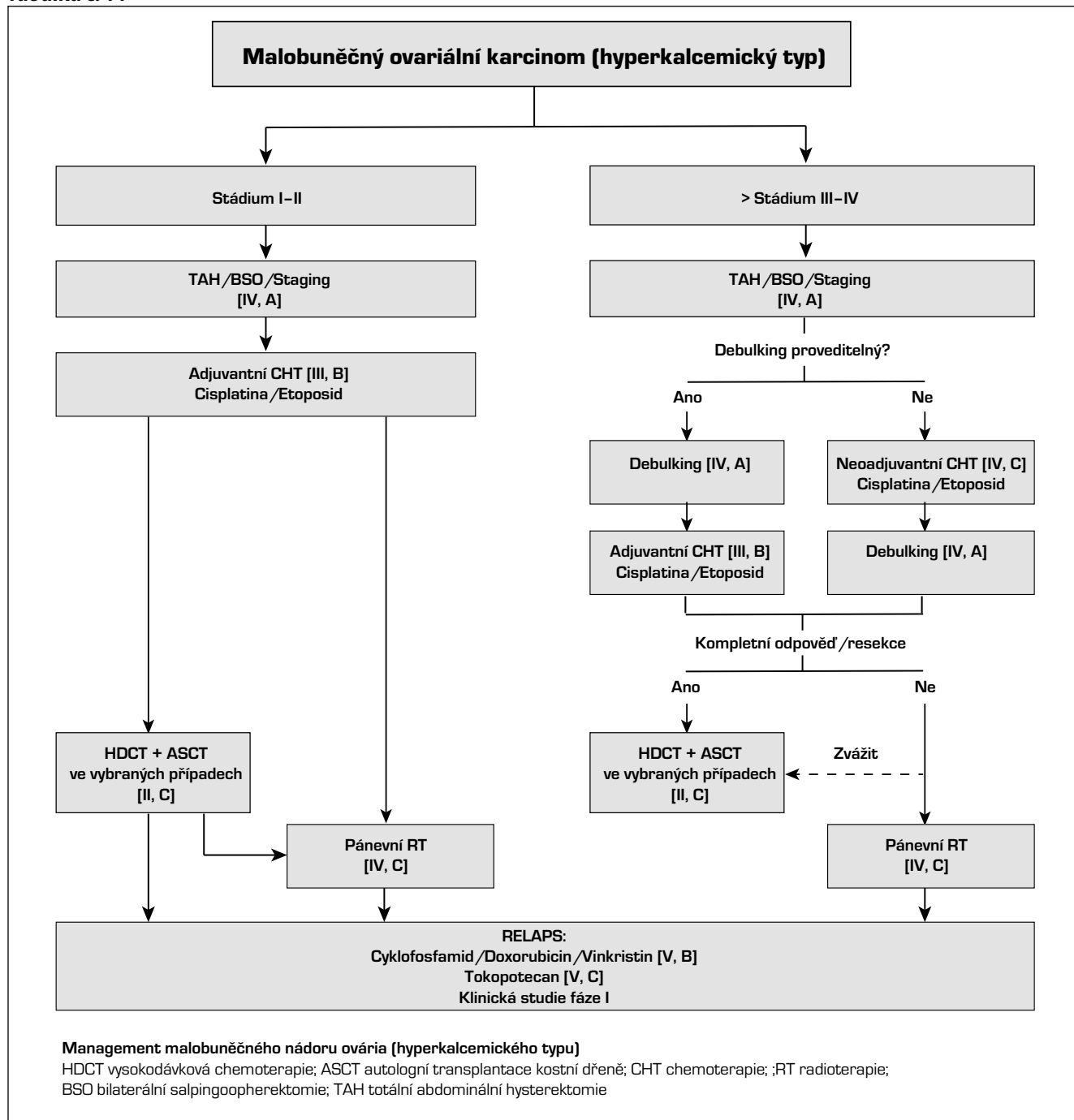
Management tumorů ovaria z Leydigových a Sertoliho buněk

Tabulka č. 10



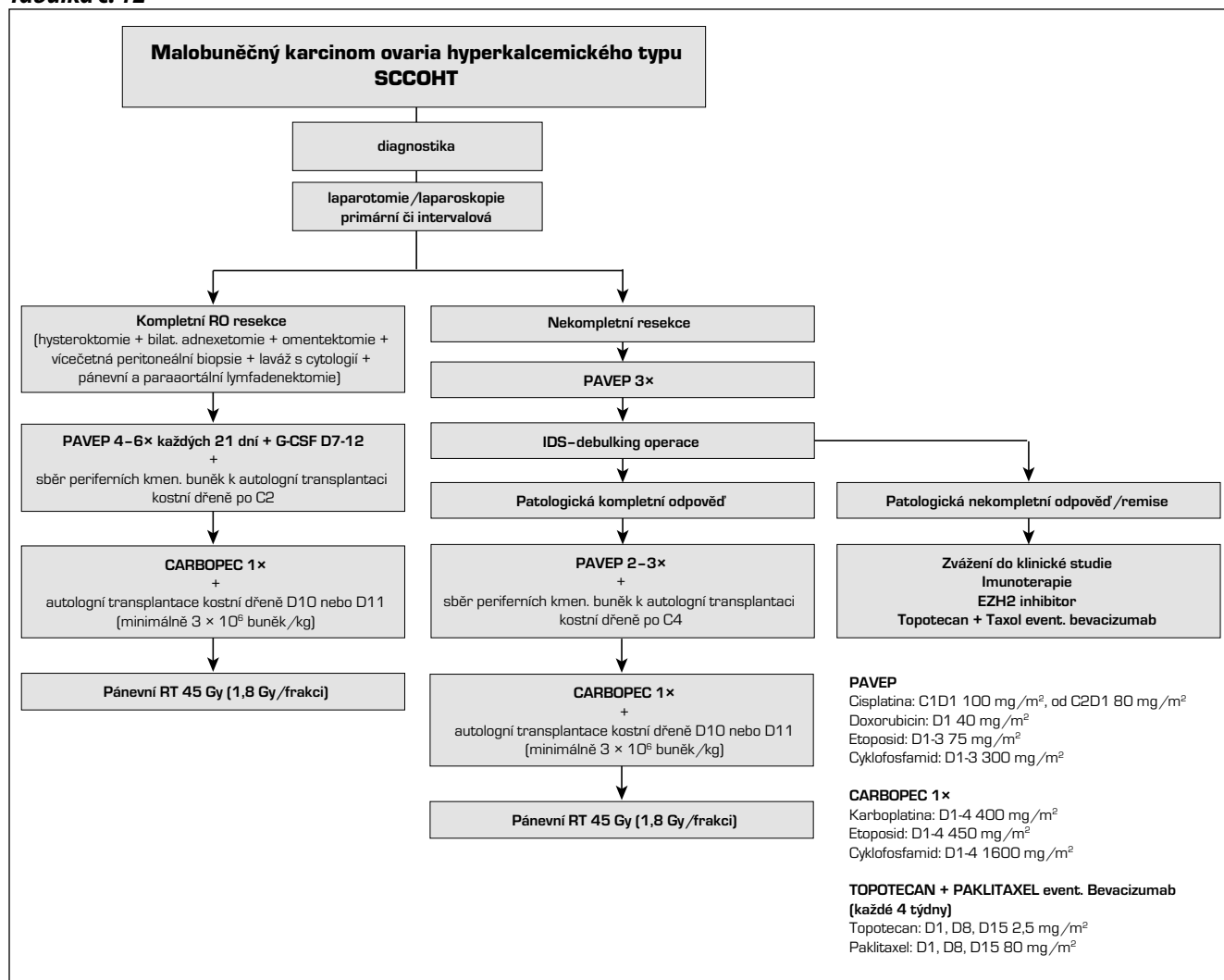
Management malobuněčného karcinomu ovaria hyperkalcemického typu

Tabulka č. 11



U pacientek, které dosáhly CR po operaci a/nebo chemoterapii je autologní transplantace podpořená high dose chemoterapií spojená s lepším přežíváním. Režimy používané u relabujícího onemocnění zahrnují cyklofosfamid/doxorubicin/vincristin a studie potvrdily i aktivitu CBDCA, paklitaxelu a topotecanu. Aktuálně se v rámci terapie používají i PD-L1 inhibitory v kombinaci s chemoterapií. Protože se jedná o raritní diagnózu a informace o terapii pacientek jsou velice omezené, lze také použít protokol francouzských autorů z Centre Léon Bérard Lyon (Francie) pod vedením profesorky Isabelle Ray-Coquard PhD.

Tabulka č. 12



Pautier P, et al.. Results of a prospective dose-intensive regimen in 27 patients with small cell carcinoma of the ovary of the hypercalcemic type. *Ann Oncol.* 2007 Dec;18(12):1985-9. doi: 10.1093/annonc/mdm376. Epub 2007 Aug 30. PMID: 17761699

Aktivní sledování

Tabulka č. 13

	klinické vyšetření	transvaginální UZ	nádorové markery	RTG hrudníku	CT hrudníku, břicha a pánve
1. rok	à 1 měsíc	à 2 měsíce	à 2 týdny (prvních 6 měsíců) poté à 1 měsíc	à 2 měsíce	1. měsíc 3. měsíc 12. měsíc
2. rok	à 2 měsíce	à 4 měsíce	à 2 měsíce	à 4 měsíce	
3. rok	à 3 měsíce	à 6 měsíců	à 3 měsíce	à 6 měsíců	
4. rok	à 4 měsíce		à 4 měsíce	à 8 měsíců	
5.–10. rok	à 6 měsíců		à 6 měsíců	à 12 měsíců	

Literatura:

1. Colombo N et al. ESMO-ESGO consensus conference recommendations on ovarian cancer: pathology and molecular biology, early and advanced stages, borderline tumours and recurrent disease. *Annals of Oncology* 2019; 30:672-705.
2. European Society of Gynaecological Oncology (ESGO). ESGO Guidelines for the Management of Tubo-ovarian Carcinoma – Update 2026. ESGO, 2026 (not yet published).
3. Du Bois A et al. Randomized phase III study to evaluate the impact of secondary cytoreductive surgery in recurrent ovarian cancer: Final analysis of AGO DESKTOP III/ENGOT-ov20. *J Clin Oncol.* 2020;38 (15_suppl):6000.
4. Pfisterer et al. HYPERLINK “<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32305099/>” Bevacizumab and platinum-based combinations for recurrent ovarian cancer: a randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2020 May;21(5):699-709.
5. Wagner U et al. Final overall survival results of phase III GCIG CALYPSO trial of pegylated liposomal doxorubicin and carboplatin vs paclitaxel and carboplatin in platinum-sensitive ovarian cancer patients
6. Burger RA et al. Incorporation of Bevacizumab in the Primary Treatment of Ovarian Cancer. *N Engl J Med* 2011; 365: 2473-83.
7. Peren TJ et al. Phase 3 Trial of Bevacizumab in Ovarian Cancer. *N Engl J Med* 2011; 365: 2484-96.3. Aghajanian C, et al. OCEANS: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase III trial of chemotherapy with or without bevacizumab in patients with platinum-sensitive recurrent epithelial ovarian, primary peritoneal, or fallopian tube cancer. *J Clin Oncol.* 2012 Jun 10;30(17):2039-45. (OCEANS).
8. Parmar MK, Ledermann JA, Colombo N, et al. Paclitaxel plus platinum-based chemotherapy versus conventional platinum-based chemotherapy in women with relapsed ovarian cancer: the ICON4/AGO-OVAR-2.2 trial. *Lancet* 2003;361:2099-2106.
9. Katsumata N, Yasuda M, Takahashi F, et al. Dose-dense paclitaxel once a week in combination with carboplatin every 3 weeks for advanced ovarian cancer: a phase 3, open-label, randomised controlled trial. *Lancet* 2009;374:1331-1338.
10. Strauss HG, Henze A, Teichmann A, et al. Phase II trial of docetaxel and carboplatin in recurrent platinum-sensitive ovarian, peritoneal and tubal cancer. *Gynecol Oncol* 2007;104:612-616.
11. Pfisterer J, Plante M, Vergote I, et al. Gemcitabine plus carboplatin compared with carboplatin in patients with platinum-sensitive recurrent ovarian cancer: an intergroup trial of the AGO-OVAR, the NCIC CTG, and the EORTC GCG. *J Clin Oncol* 2006;24:4699-4707.
12. Pujade-Lauraine E, Wagner U, Aavall-Lundqvist E, et al. Pegylated liposomal doxorubicin and carboplatin compared with paclitaxel and carboplatin for patients with platinum-sensitive ovarian cancer in late relapse. *J Clin Oncol* 2010;28:3323-3329.
13. Rose PG. Gemcitabine reverses platinum resistance in platinum-resistant ovarian and peritoneal carcinoma. *Int J Gynecol Cancer* 2005;15:18-22.
14. Rose PG, Blessing JA, Ball HG, et al. A phase II study of docetaxel in paclitaxel-resistant ovarian and peritoneal carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 2003;88:130-135.
15. Rose PG, Blessing JA, Mayer AR, Homesley HD. Prolonged oral etoposide as second-line therapy for platinum-resistant and platinum-sensitive ovarian carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol* 1998;16:405-410.
16. Mutch DG, Orlando M, Goss T, et al. Randomized phase III trial of gemcitabine compared with pegylated liposomal doxorubicin in patients with platinum-resistant ovarian cancer. *J Clin Oncol* 2007;25:2811-2818.
17. Ferrandina G, Ludovisi M, Lorusso D, et al. Phase III trial of gemcitabine compared with pegylated liposomal doxorubicin in progressive or recurrent ovarian cancer. *J Clin Oncol* 2008;26:890-896.
18. Markman M, Blessing J, Rubin SC, et al. Phase II trial of weekly paclitaxel (80 mg/m) in platinum and paclitaxel-resistant ovarian and primary peritoneal cancers: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 2006;101:436-440.
19. Gordon AN, Tonda M, Sun S, Rackoff W. Long-term survival advantage for women treated with pegylated liposomal doxorubicin compared with topotecan in a phase 3 randomized study of recurrent and refractory epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2004;95:1-8.
20. Sehouli J, Stengel D, Harter P, et al. Topotecan weekly versus conventional 5-day schedule in patients with platinum-resistant ovarian cancer: A randomized multicenter phase II trial of the North-Eastern German Society of Gynecological Oncology Ovarian Cancer Study Group. *J Clin Oncol* 2011;29:242-248.
21. Vergote I, González-Martín A, Ray-Coquard I, et al; European experts' consensus group. European experts consensus: BRCA/homologous recombination deficiency testing in first-line ovarian cancer. *Ann Oncol.* 2021 Dec 1;S0923-7534(21)04828-6. doi: 10.1016/j.annonc.2021.11.013. Epub ahead of print. PMID: 34861371.
22. Colombo N, Ledermann JA; ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. Updated treatment recommendations for newly diagnosed epithelial ovarian carcinoma from the ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol.* 2021 Oct;32(10):1300-1303. doi: 10.1016/j.annonc.2021.07.004. Epub 2021 Jul 21. PMID: 34293462.
23. Schwameis R, Chiva L, Harter P. There is no role for hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) in ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer.* 2022 Apr 4;32(4):578. doi: 10.1136/ijgc-2022-003348. PMID: 35121632.
24. NCCN Guidelines, version 1.2023
25. Baert T, Ferrero A, Sehouli J, O'Donnell DM, González-Martín A, Joly F, van der Velden J, Blecharz P, Tan DSP, Querleu D, Colombo N, du Bois A, Ledermann JA. The systemic treatment of recurrent ovarian cancer revisited. *Ann Oncol.* 2021 Jun;32(6):710-725. doi: 10.1016/j.annonc.2021.02.015. Epub 2021 Mar 3. PMID: 33675937.
26. Miller RE, Leary A, Scott CL, Serra V, Lord CJ, Bowtell D, Chang DK, Garsed DW, Jonkers J, Ledermann JA, Nik-Zainal S, Ray-Coquard I, Shah SP, Matias-Guiu X, Swisher EM, Yates LR. ESMO recommendations on predictive biomarker testing for homologous recombination deficiency and PARP inhibitor benefit in ovarian cancer. *Ann Oncol.* 2020 Dec;31(12):1606-1622. doi: 10.1016/j.annonc.2020.08.2102. Epub 2020 Sep 28. PMID: 33004253.
27. Gershenson DM, Miller A, Brady WE, Paul J, Carty K, Rodgers W, Millan D, Coleman RL, Moore KN, Banerjee S, Connolly K, Secord AA, O'Malley DM, Dorigo O, Gaillard S, Gabra H, Slomovitz B, Hanjani P, Farley J, Churchman M, Ewing A, Hollis RL, Herrington CS, Huang HQ, Wenzel L, Gourley C. Trametinib versus standard of care in patients with recurrent low-grade serous ovarian cancer (GOG 281/LOGS): an international, randomised, open-label, multicentre, phase 2/3 trial. *Lancet.* 2022 Feb 5;399(10324):541-553. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02175-9. PMID: 35123694; PMCID: PMC8819271.
28. Moore KN, Angelergues A, Konecny GE, García Y, Banerjee S, Lorusso D, Lee JY, Moroney JW, Colombo N, Roszak A, Tromp J, Myers T, Lee JW, Beiner M, Cosgrove CM, Cibula D, Martin LP, Sabatier R, Buscema J, Estévez-García P, Coffman L, Nicum S, Duska LR, Pignata S, Gálvez F, Wang Y, Method M, Berkenblit A, Bello Roufai D, Van Gorp T; Gynecologic Oncology Group Partners and the European Network of Gynaecological Oncological Trial Groups. Mirvetuximab Soravtansine in FRA-Positive, Platinum-Resistant Ovarian Cancer. *N Engl J Med.* 2023 Dec 7;389(23):2162-2174. doi: 10.1056/NEJMoa2309169. PMID: 38055253.
29. Monk BJ, Barretina-Ginesta MP, Pothuri B, Vergote I, Graybill W, Mirza MR, McCormick CC, Lorusso D, Moore RG, Freyer G, O'Cearbhaill RE, Heitz F, O'Malley DM, Redondo A, Shahin MS, Vulsteke C, Bradley WH, Haslund CA, Chase DM, Pisano C, Holman LL, Pérez MJR, DiSilvestro P, Gaba L, Herzog TJ, Bruchim I, Compton N, Shtessel L, Malinowska IA, González-Martín A. Niraparib first-line maintenance therapy in patients with newly diagnosed advanced ovarian cancer: final overall survival results from the PRIMA/ENGOT-OV26/GOG-3012 trial. *Ann Oncol.* 2024 Nov;35(11):981-992. doi: 10.1016/j.annonc.2024.08.2241. Epub 2024 Sep 14. PMID: 39284381.

30. DiSilvestro P, Banerjee S, Colombo N, Scambia G, Kim BG, Oaknin A, Friedlander M, Lisyanskaya A, Floquet A, Leary A, Sonke GS, Gourley C, Oza A, González-Martin A, Aghajanian C, Bradley W, Mathews C, Liu J, McNamara J, Lowe ES, Ah-See ML, Moore KN; SOLO1 Investigators. Overall Survival With Maintenance Olaparib at a 7-Year Follow-Up in Patients With Newly Diagnosed Advanced Ovarian Cancer and a BRCA Mutation: The SOLO1/GOG 3004 Trial. *J Clin Oncol*. 2023 Jan 20;41(3):609-617. doi: 10.1200/JCO.22.01549. Epub 2022 Sep 9. PMID: 36082969; PMCID: PMC9870219.
31. Ray-Coquard I, Morice P, Lorusso D, Prat J, Oaknin A, Pautier P, Colombo N; ESMO Guidelines Committee. Non-epithelial ovarian cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2018 Oct 1;29(Suppl 4):iv1-iv18. doi: 10.1093/annonc/mdy001. PMID: 29697741.