

سرطان سرویکس

خانم ۵۲ ساله به علت خونریزی واژینال پس از نزدیکی و ترشح بدبو از ۴ ماه قبل به پزشک مراجعه کرده است. در معاینه ژنیکولوژی توده‌ای در دهانه رحم به قطر ۵/۵ سانتی‌متر با گسترش به پارامتر سمت چپ بدون درگیری واژن و مثانه و رکتوم وجود دارد که گزارش بیوپسی آن **Invasive Squamous Cell Carcinoma, HPV associated, G2** است.

MRI لگن و شکم در زمان تشخیص نشان داده است که:

توده سرویکس به قطر **5.6*4.8*4.5** سانتی‌متر با درگیری کامل استرومای سرویکس و گسترش به پارامتر دو طرف بدون درگیری **pelvic sidewalls**، واژن، مثانه و رکتوم است. یک لنف‌نود مشکوک در ایلپاک داخلی چپ به قطر ۲/۱ سانتی‌متر در **axial dimension** بدون درگیری لنف‌نودهای پارائورت نیز وجود دارد.

در زمینه مرحله بندی و **staging** و تعیین استراتژی اولیه درمان، حداکثر ۵ گزینه که صحیح هستند را انتخاب کنید.

(محدودیت انتخاب: 5 گزینه - انتخاب گزینه غلط، نمره منفی دارد)

گزینه	گزینه صحیح	گزینه نادرست	خطای فاحش	وضعیت نمره
از نظر آناتومیک، درگیری پارامتر بدون pelvic sidewall involvement با FIGO stage IIB سازگار است.	*			مثبت
با توجه به مشاهده لنف‌نود مشکوک لگنی در گزارش MRI ، بیمار می‌تواند FIGO stage IIB باشد.	*			مثبت
توصیه به انجام FDG-PET/CT برای ارزیابی درگیری لنفاوی و بیماری متاستاتیک خارج از لگن می‌شود.	*			مثبت
از CT chest/abdomen+pelvic در صورت عدم دسترسی به پت اسکن، برای ارزیابی بیماری خارج لگن می‌توان استفاده کرد.	*			مثبت
کولونوسکوپی و سیستوسکوپی باید به طور روتین در این بیمار انجام شود.	*			منفی
انجام Exploratory laparotomy and nodal staging باعث افزایش بقا بیمار می‌شود.	*			منفی
انجام radical hysterectomy class III به‌عنوان درمان استاندارد اولیه توصیه می‌شود.			*	خطای فاحش
بیمار کاندید definitive concurrent chemoradiation در بازه زمانی کمتر یا مساوی ۵۶ روز است.	*			مثبت
مثبت بودن PD-L1 برای تجویز pembrolizumab در این setting شرط ضروری است.	*			منفی



برای بیمار FDG PET/CT SCAN انجام و در گزارش آن فقط یک لنفونود درگیر در زنجیره ایلایک داخلی چپ گزارش شده است. بیمار تحت EBRT لگن تا توتال دوز 45 Gy/25 Fractions همراه با concurrent cisplatin قرار می‌گیرد.

پس از اتمام کمورادیوتراپی اکسترنال، معاینه و MRI لگن نشان می‌دهد که تومور اولیه به‌طور واضح کاهش حجم یافته است. اما residual cervical tumor و residual parametrial extension محدود وجود دارد. HR-CTV هنوز نسبتاً حجیم است. مثانه و رکتوم در مجاورت ناحیه درمان قرار دارند.

در مورد پروتکل درمان و contouring و planning براکی‌تراپی، حداکثر ۵ گزینه صحیح را انتخاب کنید.

(محدودیت انتخاب: 5 گزینه – انتخاب گزینه غلط، نمره منفی دارد)

گزینه	گزینه صحیح	گزینه نادرست	خطای فاحش	وضعیت نمره
با توجه به node-positive locally advanced disease، بر اساس تریال KEYNOTE-A18 افزودن pembrolizumab به CRT و ادامه آن به‌صورت maintenance، قابل توصیه بوده است.	*			مثبت
وجود pelvic nodal metastasis باعث می‌شود brachytherapy دیگر ضرورتی نداشته باشد.			*	خطای فاحش
بیمار کاندید براکی‌تراپی، boost LN با EBRT و maintenance ایمونوتراپی است.	*			مثبت
استفاده از MRI برای image-guided brachytherapy در صورت دسترسی توصیه می‌شود.	*			مثبت
حجم هدف بالینی پرخطر (HR-CTV) شامل کل دهانه رحم و بیماری ماکروسکوپی باقیمانده در زمان براکی‌تراپی است.	*			مثبت
حجم هدف بالینی پرخطر (HR-CTV) صرفاً بر اساس حجم اولیه تومور و بدون توجه به response است.			*	خطای فاحش
استفاده از DVH parameters مانند HR-CTV D90 و OAR D2cc برای ارزیابی plan توصیه می‌شود.	*			مثبت
در صورت ناکافی بودن پوشش لترال HR-CTV با اپلیکاتورهای intracavitary به‌تنهایی، توصیه به براکی‌تراپی نمی‌شود.			*	خطای فاحش
استفاده از point A به‌عنوان تنها معیار prescription جایگزین کردن EBRT boost با براکی‌تراپی است.		*		منفی
توصیه به برنامه‌ریزی یکسان برای تمام insertionها بدون توجه به تغییر anatomy پس از EBRT است.			*	خطای فاحش

بیمار برای براکی تراپی ارجاع می شود و هدف تیم درمان دستیابی به D90 بیشتر یا مساوی ۸۷ گری به HR-CTV در عین حفظ محدودیت دوز ارگان های در معرض خطر است.

پس از EBRT و 3 جلسه براکی تراپی، EQD2 تجمعی به صورت زیر محاسبه شده است:

HR-CTV D90 = 78 Gy

Bladder D2cc = 72 Gy

Rectum D2cc = 68 Gy

Sigmoid D2cc = 63 Gy

در معاینه ژنیکولوژی و CT scan هنوز residual lateral parametrial disease مشاهده می شود.

مناسب ترین اقدام کدام است؟

(محدودیت انتخاب: 1 گزینه – انتخاب گزینه غلط، نمره منفی دارد)

گزینه	گزینه صحیح	گزینه نادرست	خطای فاحش	وضعیت نمره
ادامه CT-guided adaptive brachytherapy با re-planning و در صورت نیاز استفاده از hybrid/IC/IS جهت dose optimization برای افزایش HR-CTV D90 ، در حد امکان و در حالی که OAR constraints حفظ شوند.	*			مثبت
توقف brachytherapy به دلیل محدودیت دوز ارگان های در خطر		*		منفی
جایگزینی brachytherapy با EBRT boost			*	خطای فاحش
افزایش dose به HR-CTV بدون توجه به محدودیت دوز در ارگان های در خطر bladder , rectum and sigmoid constraints		*		منفی