

| | | |
|---|--|-------------------|
| Komplexní onkologické centrum FN Hradec Králové | Platnost od: | 1. 1. 2023 |
| | Počet stran: | 11 |
| | Přílohy: | Nejsou |
| Dokument: standardní léčebný postup | Verze: | 2023.1 |
| Protokol pro léčbu karcinomu vaječnicku, vejcovodu a peritonea | | |
| Schválili: | | |
| Garant protokolu | Doc. MUDr. Igor Sirák, Ph.D. | |
| Klinika onkologie a radioterapie | | |
| Přednosta kliniky a vedoucí Komplexního onkologického centra | Prof. MUDr. Jiří Petera, Ph.D. | |
| Zástupce přednosta pro LP | Doc. MUDr. Milan Vošmik, Ph.D. | |
| Porodnická a gynekologická klinika | | |
| Přednosta kliniky | Prof. MUDr. Marian Kacerovský, Ph.D. | |
| Zástupce přednosta pro LP | MUDr. Jaroslav Thierry Kříž, Ph.D. | |
| Vedoucí Centra vysoce specializované péče v onkogynekologii | Prof. MUDr. Jiří Špaček., Ph.D., IFEPAG | |

I. Úvod

Protokol obsahuje standardní léčebné postupy aplikované v rámci Komplexního onkologického centra FN Hradec Králové pro nádory vaječnicku a vejcovodu. Na diagnostice a léčbě těchto nádorů se podílí především Porodnická a gynekologická klinika a Klinika onkologie a radioterapie ve spolupráci s Fingerlandovým ústavem patologie, Radiologickou klinikou, II. interní gastroenterologickou klinikou a dalšími pracovišti FNHK.

Protokol nezahrnuje všechny postupy aplikovatelné při této diagnóze podle národních a mezinárodních standardů. Klíčový význam pro stanovení léčebného postupu každého pacienta má multidisciplinární komise.

V 5–10 % případů se předpokládá genetická predispozice ke vzniku tohoto onemocnění, nejčastější příčinou jsou mutace v genech BRCA I a II. Růst ve volné dutině břišní, ve většině případů bez jakékoliv symptomatologie je příčinou vysokého procenta velmi pokročilých nálezů v době diagnózy. Více jak 70 % případů je zjišťováno ve stadiu III – IV. S tím souvisí nepříznivé léčebné výsledky u této choroby.

Prognóza ovariálního karcinomu závisí na řadě faktorů. Za nejdůležitější prognostické faktory jsou považovány stádium onemocnění, histologický typ nádoru, stupeň diferenciacie, věk

pacientky, její celkový stav, radikalita primární operace a velikost ponechaného rezidua. Bylo jednoznačně prokázáno, že pacientky operované primárně gynekologickým onkologem mají lepší prognózu než pacientky operované nespécialistou. Léčebná strategie zahrnující radikální operační výkon, chemoterapii event. radioterapii se volí individuálně podle přesně stanovených kritérií.

II. Odpovědnost jednotlivých pracovišť

Diagnostika a stanovení stagingu onemocnění: Porodnická a gynekologická klinika

Chirurgická léčba: Porodnická a gynekologická klinika

Systémová léčba: Porodnická a gynekologická klinika, Klinika onkologie a radioterapie

Radiační léčba: Klinika onkologie a radioterapie

Poléčebné sledování: Porodnická a gynekologická klinika a Klinika onkologie a radioterapie

III. Staging onemocnění

Klinické stadium onemocnění je určeno podle zásad TNM klasifikace (TNM klasifikace zhoubných novotvarů. 8. vydání 2017, česká verze 2017, ÚZIS, Praha, 2018). Stadia TNM jsou založena na klinickém a/nebo patologickém stagingu; stadia FIGO vycházejí z chirurgického stagingu.

Klasifikace se používá pro zhoubné nádory epiteliálního i stromálního původu, včetně nádorů hraniční malignity (borderline malignancy) či nádorů s nízkým maligním potenciálem, jež korespondují s dřívějším označením „common epithelial tumours“. Klasifikace se používá také pro karcinomu vejcovodu a karcinomy peritonea.

Regionální mízní uzliny jsou hypogastrické (včetně obturatorních), společní ilické, zevní ilické, sakrální laterální, paraaortální a retroperitoneální.

TNM – klinická klasifikace

| | | |
|-----|---|---------|
| TX | primární nádor nelze hodnotit | |
| T0 | bez známek primárního nádoru | |
| T1 | nádor omezen na vaječník (jeden nebo oba), nebo vejcovod(y) | FIGO I |
| T1a | - postižen jeden vaječník, pouzdro intaktní, bez nádoru na povrchu ovaria či tuby | FIGO IA |
| T1b | - postiženy oba vaječníky, pouzdro intaktní, bez nádoru na povrchu ovaria či tuby | FIGO IB |
| T1c | - nádor omezen na jeden či oba vaječníky nebo vejcovody s čímkoliv následujícím | FIGO IC |

| | | |
|------|---|--------------|
| T1c1 | - narušení pouzdra nádoru – rozsev způsobený chirurgickým výkonem | |
| T1c2 | - ruptura pouzdra nádoru před chirurgickým zákrokem, nebo nádor na povrchu ovaria/tuby | |
| T1c3 | - nádorové buňky v ascitu, nebo peritoneálním výplachu | |
| T2 | nádor se šířením v pánvi, nebo primární peritoneální karcinom | FIGO II |
| T2a | - šíření a/nebo implantace na dělohu a/nebo vejcovod(y) a/nebo vaječník(y) | FIGO IIA |
| T2b | - šíření na jiné pánevní tkáně, včetně střeva v rámci pánve | FIGO IIB |
| T3 | nádor postihuje jeden nebo oba vaječníky nebo vejcovody nebo primární peritoneální karcinom se šířením mimo pánev a/nebo metastázy v retroperitoneálních mízních uzlinách (metastáza v pouzdru jater je T3 – stadium III) | FIGO III |
| T3a | - mikroskopické mimopánevní peritoneální postižení, včetně postižení střeva | FIGO IIIA2 |
| T3b | - makroskopické peritoneální metastázy 2 cm nebo méně v největším rozměru | FIGO IIIB |
| T3c | - peritoneální metastázy větší než 2 cm v největším rozměru | FIGO IIIC |
| N1 | metastázy pouze v retroperitoneálních uzlinách | FIGO III |
| N1a | - metastázy v mízní uzlině ne více než 10 mm v největším rozměru | FIGO IIIA1i |
| N1b | - metastázy v mízní uzlině více než 10 mm v největším rozměru | FIGO IIIA1ii |
| M1 | vzdálené metastázy (mimo peritoneální metastázy) | FIGO IV |
| M1a | - pleurální výpotek s pozitivním cytologickým nálezem | FIGO IVA |
| M1b | - parenchymové metastázy a metastázy do nitrobřišních orgánů (včetně inguinálních mízních uzlin a mízních uzlin mimo břišní dopravu) | FIGO IVB |

pTNM patologické klasifikace

Kategorie pT, pN, pM odpovídají kategoriím T, N, M

pN – Histologické vyšetření vzorků z pánevní lymfadenektomie má zahrnovat 10 a více mízních uzlin. Jsou-li mízní uzliny negativní, ale nebylo dosaženo standardně vyšetřovaného počtu, klasifikuje se jako pN0. (FIGO považuje tyto případy za pNX)

Obligatoční stagingová a předléčebná vyšetření

- Anamnéza, včetně podrobné rodinné anamnézy se zaměřením na výskyt malignit
- Fyzikální vyšetření, komplexní gynekologické vyšetření včetně per rektum
- Probatorní laparotomie s odběrem biopsie, ev. cytologické vyšetření ascitu
- Zobrazující vyšetření: UZ vaginální sondou, UZ nebo CT břicha a pánve, RTG nebo CT plic
- Laboratorní vyšetření: krevní obraz, základní biochemické vyšetření (urea, kreatinin, jaterní testy, iontogram), nádorový marker: CA 125 (event. HE4, bHCG, AFP, CEA, CA19-9)

Fakultativní vyšetření: další nutná odborná vyšetření vyplývající z nálezů obligatorních vyšetření či symptomů nemocné (ureterocystoskopie, rektoskopie, gastroskopie, koloskopie), MR pánve, PET/CT trupu

IV. Obecné zásady léčebné strategie a léčba dle stadií onemocnění

1. Epiteliální nádory ovaria – high-grade serózní karcinom, světlobuněčný karcinom

A. Primární radikální nebo cytoredukční operace

Abdominální hysterektomie, oboustranná adnexektomie, omentektomie, apendektomie, exstirpace nádorových ložisek z peritonea s cílem nulového rezidua, odběr vzorku ascitu na cytologické vyšetření, popřípadě laváž dutiny břišní, pánevní event. paraaortální lymfadenektomie

Konzervativní operační léčba (jednostranná adnexektomie) – adekvátní pouze při postižení jednoho vaječníku, G1, při negativní laváži

Pooperační léčba

Stadium IA/IB G1 po adekvátní operační léčbě

- dispenzarizace bez adjuvantní chemoterapie

Stadium IA/B G2-3, IC G1-3

- adjuvantní chemoterapie – paclitaxel/CBDCA 3- 6 cyklů

Stadium II, III, IV, bez ohledu na grade

- adjuvantní chemoterapie – paclitaxel/CBDCA 6 cyklů

B. Primárně neradikální výkon nebo očekávané pooperační reziduum

Neoadjuvatní chemoterapie – paclitaxel/CBDCA 3-4 cyklů s následným vyhodnocením léčebné odpovědi a Interval debulking surgery (IDS) při regresi onemocnění

- po IDS je pokračováno v chemoterapii paclitaxel/CBDCA do celkem 6-9 cyklů

Léčba bevacizumabem v 1. linii

Bevacizumab je hrazen v 1. linii léčby pacientek s pokročilým karcinomem vaječníků, stadium III a IV; u neoperovaných nemocných; nebo u stadia III po operaci s reziduem tumoru > 1 cm. Bevacizumab je hrazen v dávce 7,5 mg/kg a podává se každé 3 týdny v kombinaci s paclitaxelem a karboplatinou 6 cyklů. Následně pokračuje udržovací monoterapie bevacizumabem. Léčba bevacizumabem se ukončuje při zjištění progresu, či při intoleranci léčby, nejdéle po 12 měsících (18 cyklech) léčby dle toho co nastane dříve.

Léčba PARP inhibítorem v 1. linii

Olaparib (LYNPARZA tablety 100 mg a 150 mg) je hrazen v udržovací léčbě dospělých pacientek s pokročilým (stádium FIGO III, FIGO IV) high-grade serózním či endometroidním epiteliálním karcinomem vaječníku, vejcovodu nebo primárně peritoneálním karcinomem s prokázanou BRCA1/2 mutací, které na terapii prvoliniové chemoterapie režimem obsahujícím platinu dosáhly odpovědi (parciální či kompletní remise) přetrvávající po ukončení platinové chemoterapie. Jedná se o pacientky nepředléčené bevacizumabem, ve stavu výkonnosti 0-1 dle ECOG. Udržovací léčba olaparibem musí být zahájena do 8 týdnů po poslední dávce platinového derivátu. Léčba olaparibem je hrazena do progresu 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).

Niraparib (ZEJULA cps 100 mg) je hrazen v udržovací léčbě dospělých pacientek s pokročilým (stádium FIGO III, FIGO IV) high-grade serózním či endometroidním epiteliálním karcinomem vaječníku, vejcovodu nebo primárně peritoneálním karcinomem, které na terapii prvoliniové chemoterapie režimem obsahujícím platinu dosáhly odpovědi (parciální či kompletní remise) přetrvávající po ukončení platinové chemoterapie. Jedná se o pacientky nepředléčené bevacizumabem, ve stavu výkonnosti 0-1 dle ECOG. Udržovací léčba niraparibem musí být zahájena do 12 týdnů po poslední dávce platinového derivátu. Léčba niraparibem je hrazena do progresu onemocnění nebo neakceptovatelné toxicity, nebo nejdéle po dobu 3 let (36 měsíců).

2. Vzácné formy epiteliálních nádorů ovaria

Primární radikální nebo cytoredukční operace

Pooperační léčba karcinosarkomu ovaria

- Stádium I-IV: preferovaná je pooperační chemoterapie paclitaxel/CBDCA 6 cyklů
- Alternativou je chemoterapie cisplatina/ifosfamid, nebo paclitaxel/ifosfamid

Pooperační léčba mucinózního karcinomu ovaria

- Stádium IA-IB: sledování
- Stádium IC: sledování či adjuvantní chemoterapie paclitaxel/CBDCA 3-6 cyklů (alternativou je adjuvantní chemoterapie FOLFOX)
- Stádium II-IV: adjuvantní chemoterapie paclitaxel/CBDCA 6 cyklů (alternativou je adjuvantní chemoterapie FOLFOX)

Pooperační léčba low-grade serózního a grade 1 endometroidního karcinomu ovaria

- Stádium IA-IB: sledování

- Stadium IC: sledování či adjuvantní chemoterapie paclitaxel/CBDCA 3-6 cyklů (alternativou je hormonální léčba anastrozolem, letrozolem, exemestanem, či tamoxifenem)
- Stadium II-IV: adjuvantní chemoterapie paclitaxel/CBDCA 6 cyklů (alternativou je hormonální léčba anastrozolem, letrozolem, exemestanem, či tamoxifenem)

Pooperační léčba borderline epiteliálního karcinomu ovaria

- Po kompletní chirurgické resekci bez nálezu invazivního karcinomu sledování
- Po nekompletní chirurgické resekci bez nálezu rezidua na kontrastním CT trupu je doporučeno pooperační sledování
- Po nekompletní chirurgické resekci s nálezem rezidua na kontrastním CT trupu je doporučena chirurgická resekce reziduálního onemocnění s následným sledováním
- V případě nálezu invazivního karcinomu adjuvantní chemoterapie paclitaxel/CBDCA 3-6 cyklů

3. Neepiteliální nádory ovaria

a) Germinální nádory ovaria (dysgerminom, teratom,

Primární chirurgická léčba s následným zhodnocením stadia a rizikových faktorů:

- po chirurgické léčbě I-IV stadia adjuvantní chemoterapie BEP 3-4 cykly
- u III a IV stadia lze zvážit neoadjuvantní chemoterapii BEP 2-3 cykly s následnou chirurgickou léčbou a adjuvantní chemoterapií BEP 3-4 cykly. V případě kompletní remise po neoadjuvantní chemoterapii BEP 2-3 cykly lze pacientku pouze sledovat.
- pooperační sledování bez chemoterapie lze zvážit u dysgerminomu I. stadia a grade 1 nezralého teratomu I. stadia

b) Nádory ze zárodečných pruhů a ze stromatu gonád

Primární chirurgická léčba s následným zhodnocením stadia a rizikových faktorů:

- Stádium I, nízké riziko: pooperační sledování
- Stadium I, střední riziko (heterologní elementy) a vysoké riziko (špatná diferenciacie, ruptura pouzdra): sledování či adjuvantní chemoterapie BEP 3-4 cykly, nebo paclitaxel/karboplatina 3-6 cyklů
- Stadium II – IV: adjuvantní chemoterapie BEP 3-4 cykly, nebo paclitaxel/karboplatina 3-6 cyklů. Cíleně lze zvážit aplikaci radioterapie a reziduální onemocnění.

V. Léčba relapsu epitaliálního karcinomu

Léčba se odvíjí od časového odstupu relapsu od ukončení primární léčby a platina-free intervalu (PFI):

A) PFI < 6 měsíců

V těchto případech jsou pacientky hodnoceny jako platina rezistentní a ve II. linii lze doporučit léčbu monoterapií nebo kombinací s bevacizumabem. Není doporučovaná monochemoterapie

s platinovým derivátem. Bevacizumab lze kombinovat s paklitaxelem, topotekanem nebo pegylovaným liposomálním doxorubicinem, nejvhodnější je kombinace s paklitaxelem. Chirurgický vstup má pouze paliativní záměr – např. ileózní stav, atd.

B) PFI 6 -12 měsíců

Sekundární debulking je doporučovaný při relapsu onemocnění minimálně po 6 měsících, preferovaným postupem je však provedení debulkingu v případě progresu po 12 a více měsících. Nejvhodnější k operaci je solitární recidiva u pacientek v dobrém celkovém stavu. Pouze kompletní cytoredukce vede k prodloužení celkového přežití. U žen s dobrým výkonnostním stavem a/nebo chirurgicky odstraněnou recidivou je chemoterapie potencionálně kurativní, jinak je chemoterapie paliativní. Doporučovaná je kombinovaná chemoterapie na bázi platinového derivátu (např. gemcitabine/CBDCA, gemcitabine/cisDDP, liposomální doxorubicin/CBDCA, docetaxel/CBDCA).

C) PFI > 12 měsíců

Chirurgická léčba je shodná jako v případě recidivy mezi 6. a 12. měsícem. Chemoterapie má potenciál dosažení dlouhodobé remise a přináší prokazatelný efekt v prodloužení života. 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. U pacientek dosud neléčených antiangiogenní léčbou je možná kombinace karboplatina/gemcitabin/bevacizumab. U ostatních preferujeme opakování chemoterapie první linie.

Paliativní radioterapie cíleně na místo perzistence či relapsu způsobujícího lokální symptomy

Paliativní operace – např. při ileózním stavu

U pacientek s PS 3 a více pouze symptomatická terapie

Léčba PARP inhibítorem v 2. a vyšší linii

Olaparib (LYNPARZA tbl 150 mg) je hrazen v monoterapii k udržovací léčbě pacientek s relabujícím high-grade serózním epitelovým nádorem vaječníku, vejcovodu nebo primárně peritoneálním karcinomem citlivým na léčbu deriváty platiny. Pacientky musí mít prokázanou mutaci BRCA1/2 a ECOG 0-1. Pacientky musí být předléčeny minimálně dvěma platinovými režimy, přitom poslední podaná léčba derivátem platiny musí vést k léčebné odpovědi (tj. k dosažení úplné či částečné remise). Udržovací léčba olaparibem musí být zahájena do 8 týdnů po poslední dávce platinového derivátu. Léčba je hrazena do progresu onemocnění.

Léčba bevacizumabem v 2. a vyšší linii

Bevacizumab je hrazen v kombinaci s paklitaxelem k léčbě dospělých pacientek se stavem výkonnosti 0-1 dle ECOG s rekurencí epitelového nádoru vaječníků, vejcovodů nebo primárního nádoru pobřišnice rezistentního k platině (tj. u kterých došlo k progresi do 6 měsíců po ukončení terapie na bázi platiny), které nebyly léčeny více než dvěma předchozími režimy chemoterapie a nebyly dosud léčeny bevacizumabem nebo jiným inhibítorem růstového faktoru cévního endotelu (VEGF) nebo receptoru VEGF. Léčba je hrazena do progresu onemocnění.

VI. Režimy chemoterapie:

A) Neoadjuvantní/adjuvantní/platina-senzitivní relapsy (PFI > 12 měsíců)

Paclitaxel/CBDCA

paclitaxel 175 mg/m² v 3 hod. infuzi
 karboplatina AUC 5-7
 interval 21 dnů

Paclitaxel/cisDDP

paclitaxel 175 mg/m² v 3 hod. infuzi
 cisplatina 75 mg/m²
 interval 21 dnů

Kombinace s bevacizumabem

| | |
|--|----|
| paclitaxel 175 mg/m ² i.v. infuze na 3 hodiny | D1 |
| carboplatina AUC 5-6 i.v. infuze na 1 hodinu | D1 |
| bevacizumab 7,5 mg/kg i.v. 30-90 minut | D1 |

Opakovat každé 3 týdny, celkem 6x

Následně monoterapie bevacizumabem á 3 týdny (max. 18 cyklů)

B) kombinovaná paliativní chemoterapie II. linie při PFI 6-12 měsíců

GEM/CBDCA

| | |
|-----------------------------------|----|
| gemcitabin 1000 mg/m ² | D1 |
| karboplatina AUC 5 | D1 |

interval 21 dnů

GEM/cisDDP

| | |
|-----------------------------------|----|
| gemcitabin 1000 mg/m ² | D1 |
| cisplatina 75 mg/m ² | D1 |

interval 21 dnů

liposomální doxorubicin/CBDCA

| | |
|-----------------------------|----|
| Caelyx 50 mg/m ² | D1 |
| Carboplatina AUC 5 | D1 |

interval 28 dnů

Docetaxel/CBDCA

| | |
|-----------------------------------|----|
| Docetaxel 60-75 mg/m ² | D1 |
| CBDCA AUC 5-6 | D1 |

Interval 21 dnů

PAC

| | |
|---|----|
| cisplatina 75 - 100 mg/m ² | D1 |
| doxorubicin 35 - 50 mg/m ² | D1 |
| cyklofosfamid 500 - 800 mg/m ² | D1 |

interval 28 dnů

PC

| | |
|---|----|
| cisplatina 75 - 100 mg/m ² | D1 |
| cyklofosfamid 500 - 800 mg/m ² | D1 |
| interval 21 dnů – 28 dnů | |

CBDCA-C

| | |
|---|----|
| karboplatina 5 - 7,5 AUC | D1 |
| cyklofosfamid 500 - 800 mg/m ² | D1 |
| interval 21 – 28 dnů | |

CBDCA

| | |
|------------------------|----|
| karboplatina 5 - 7 AUC | D1 |
| interval 21 dnů | |

C) paliativní monoterapie u platina rezistentního recidivujícího onemocnění (PFI < 6 měsíců)**Topotecan**

| | |
|--|--------|
| topotecan 1-1,5 mg/m ² i.v. | D1 - 5 |
| interval 28 dnů | |

Gemcitabin

| | |
|-----------------------------------|-------------|
| gemcitabin 1250 mg/m ² | D1, D8, D15 |
| interval 28 dnů | |

Paclitaxel týdenní

| | |
|---------------------------------|----|
| paclitaxel 80 mg/m ² | D1 |
| interval 7 dnů | |

Docetaxel týdně

| | |
|--------------------------------|----|
| docetaxel 40 mg/m ² | D1 |
| interval 7 dnů | |

Caelyx

| | |
|-----------------------------|----|
| Caelyx 50 mg/m ² | D1 |
| interval 28 dnů | |

Etoposid per os

| | |
|------------------------------------|--------|
| etoposid 50 mg/m ² p.o. | D 1-14 |
| interval 28 dnů | |

Chemoterapie neepiteliálních nádorů vaječníků**BEP**

| | |
|--------------------------------------|---------|
| cisplatina 20 mg/m ² i.v. | D1-5 |
| etoposid 120 mg /m ² | D1-3 |
| bleomycin 30 mg i.v. | D1+8+15 |
| interval 21 dnů | |

Chemoterapie karcinosarkomu ovaria

| | | |
|------------|------------------------------------|----------------------------|
| paclitaxel | 135 mg/m ² | |
| ifosfamid | 3-5 g/m ² , inf. 24 hod | vše D1, interval 21 dnů |
| mesna | | |
| | | |
| cisDDP | 75 mg/m ² | |
| ifosfamid | 3-5 g/m ² , inf. 24 hod | vše D1, interval 21-28 dnů |
| mesna | | |

Chemoterapie mucinózního karcinomu ovaria**Modifikovaný FOLFOX 6 (mFOLFOX 6)**

oxaliplatina 85 mg/m²
 leukovorin 400 mg/m²
 5-FU 400 mg/m² bolus i.v. vše D1
 následuje
 5-FU 2400 mg/m² na 46 hod.
 Interval 14 dnů

VII. Sledování po léčbě

Cílem sledování je včasný záchyt relapsu s cílem prodloužení přežití. Klinické vyšetření má být zaměřeno na možné symptomy relapsu a nežádoucí účinky proběhlé léčby. Součástí klinických kontrol je komplexní gynekologické vyšetření

Ambulantní návštěvy:

- do 2 let á 3 měsíce
- 3- 5. rok á 6 měsíců
- dále 1x ročně možná i dispenzarizace pouze cestou praktického lékaře nebo příslušného specialisty

Zobrazující a laboratorní vyšetření:

Indikaci rozhoduje ošetřující ambulantní lékař, který provádí dispenzarizaci.

- zobrazovací metody (RTG, UZ, CT, ad.) a laboratorní vyšetření (KO, biochemie, CA125, ad.) jsou indikovány při symptomech nebo klinických nálezech budících podezření z recidivy onemocnění

Hlavní zdroje a odkazy:

- NCCN guidelines: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/ovarian.pdf
- Colombo N, et al.; ESMO–ESGO Ovarian Cancer Consensus Conference Working Group. ESMO–ESGO consensus conference recommendations on ovarian cancer: pathology and molecular biology, early and advanced stages, borderline tumours and recurrent disease. Int J Gynecol Cancer. 2019.
- Ray-Coquard I, et al.; ESMO Guidelines Committee. Non-epithelial ovarian cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2018 Oct 1;29(Supplement_4):iv1-iv18.
- Modrá kniha České onkologické společnosti: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinarni-tym/diagnostika-a-lecba/modra-kniha-cos/aktualni-vydani-modre-knihy/>
- Národní radiologické standardy – radiační onkologie (2016): <https://www.srobf.cz/downloads/dokumenty/nrs2016.docx>