

Gynaecologisch-oncologische zorg in tijden van COVID-19 crisis: chirurgie, radiotherapie en chemotherapie en sentinel node en beeldvorming

De mogelijkheden tot invulling van de gynaecologische zorg zullen per ziekenhuis verschillen. Inschatting is echter dat vrijwel alle ziekenhuizen snel zullen afschalen naar alleen de hoogst noodzakelijke zorg. Mede kijkend naar de leidraad van de NVMO is onderstaand schema als handvat voor specifiek de gynaecologische oncologie opgesteld door het multidisciplinaire dagelijkse bestuur van de pijler oncologie van de NVOG.

Uitgangspunt is dat de lokale afspraken leidend zijn.

Deelname van patiënten aan OVHIPEC-2 kan niet plaatsvinden, deelname aan andere studies wordt ontraden indien deze tijd en persoonlijk contact en diagnostiek en risico's op bijwerkingen opleveren.

*HIPEC kost 2 uren extra operatietijd. Er is niet een verhoogd besmettingsniveau of vatbaarheid na HIPEC tegenover na alleen debulking. Postoperatieve zorg is in sommige ziekenhuizen op de IC ingericht: overweeg anders in te richten.

Type maligniteit	Als eerste annuleren	Eventueel nog doen	Zo mogelijk nog doen i.v.m. klachten/ oncologische aandoening	Noodzakelijke zorg
Endometriumcarcinoom Primaire behandeling		Overweeg primaire hormonale therapie bij het endometroïd type adenocarcinoom. Bij graad 3 endometriumcarcinoom: beeldvorming en staging.	Chirurgie bij laaggradig, vroeg stadium endometriumcarcinoom. Chirurgie en beeldvorming evt beperken bij graad 3 endometriumcarcinoom (uterusexstirpatie met adnexa zonder lymfklieren, alleen gynaecologische echo) Adjuvante radiotherapie op basis van hoog risicofactoren, overweeg uit te stellen naar 8-12 weken postoperatief .	Chirurgie bij hooggradig endometriumcarcinoom

			Als er een indicatie is voor adjuvante chemotherapie is er ook veelal een indicatie voor adjuvante radiotherapie. Weeg zorgvuldig de risico's af tegen de mogelijke voordelen. Bij voorkeur starten met radiotherapie gevolgd door de chemotherapie (uitzondering graad 3 tumoren) Overweeg adjuvante hormonale therapie bij het endometroïd type adenocarcinoom.	
Endometriumcarcinoom Palliatief	Palliatieve chemotherapie in principe niet opstarten tenzij (zie hiernaast)	Palliatieve chemotherapie counselen obv kans op respons en COVID-19 complicaties, indien mogelijk start 8-12 weken uitstellen. Overweeg te starten met hormonale therapie. Patiënten die reeds gestart zijn met palliatieve chemotherapie op individuele basis beoordelen continueren of een therapiepauze inlassen.	Palliatieve radiotherapie symptomatische lokalisaties.	
Ovariumcarcinoom primair		Proeflaparotomie bij lage verdenking ovariumcarcinoom. Goed gestageerde vroegstadium ovariumcarcinoom en laaggradige sereuze tumoren, counsel potentiële voordelen en risico's van adjuvante chemotherapie, zonodig uitstellen tot maximaal 3 maanden postoperatief. Bij	Proeflaparotomie bij hoge verdenking ovariumcarcinoom	(Interval) debulking. Adjuvante chemotherapie na (interval)debulking: zonodig uitstellen tot maximaal 3 maanden postoperatief. Bij noodzaak eerder starten overweeg dosisreducte carboplatin AUC 4-5. Stel na primaire complete debulking start van de adjuvante

		noodzaak eerder starten overweeg dosisreductie carboplatin AUC 4-5 Overweeg eventueel adjuvante hormonale therapie.		chemotherapie niet te lang uit (maximaal 8 weken) Neo-adjuvante chemotherapie bij hoog stadium ovariumcarcinoom respons beoordeling op basis van tumormarker en kliniek, overweeg bij goede klinische respons beeldvorming niet te verrichten. Kiemceltumoren adjuvante chemotherapie Neo-adjuvante chemotherapie bij hoog stadium ovariumcarcinoom respons beoordeling op basis van tumormarker en kliniek, overweeg bij goede klinische respons beeldvorming niet te verrichten.
Ovariumcarcinoom HIPEC			Indien HIPEC leidt tot niet acceptabele belasting van OK capaciteit overweeg intervaldebulking zonder HIPEC te verrichten.*	
Ovariumcarcinoom palliatieve setting	Palliatieve chemotherapie niet starten als er geen klachten zijn. Nieuwe patiënten met een platinum resistent/refractair recidief , niet starten met palliatieve chemotherapie. Alternatief palliatieve hormonale therapie Onderhoudsbehandeling met bevacizumab, therapiepauze	Patiënten met platinum resistent/refractair recidief die reeds gestart zijn met palliatieve chemotherapie op individuele basis beoordelen over continueren behandeling of therapiepauze inlassen (voordelen/nadelen). Overweeg (continueren met) palliatieve hormonale therapie.	Nieuwe patiënten met een platinum gevoelig recidief afhankelijk van kans op respons en COVID-19 complicaties (mate van respons op eerdere neo-adjuvante chemotherapie, therapievrije interval, vitaliteit, histologie, comorbiditeit, leeftijd en klachten) counselen over wel of niet starten met	Onderhoudsbehandeling met PARP remmer continueren als er geen neutropenie is.

	inlassen (mede gezien lange halfwaardetijd)		chemotherapie. In het geval van chemotherapie en indien mogelijk 4-8 weken uitstellen. Patiënten met platinumgevoelig recidief die reeds gestart zijn met palliatieve chemotherapie op individuele basis beoordelen over continueren behandeling (voordelen/nadelen) of een therapie pauze inlassen Overweeg (continueren met) palliatieve hormonale therapie.	
Vulvacarcinoom/distaal vaginacarcinoom	Geen palliatieve chemotherapie.	Overweeg adjuvante radiotherapie op basis van microscopische metastase in sentinel node, uit te stellen naar 8-12 weken postoperatief.		Lokale resectie. Overweeg de beeldvorming van de liezen en de sentinel procedure en lymfklierdissectie electief later te verrichten. Locally advanced, niet resectabel primaire radiotherapie. Primaire chemoradiatie, bij vitale jongere patiënten (en zonder comorbiditeit)
Cervix/proximaal vagina carcinoom Primaire behandeling			Overweeg beeldvorming bij klinisch kleine IB1 niet te verrichten. Overweeg geen robotchirurgie te verrichten indien langere operatieduur. (Neo-)adjuvant chemotherapie afhankelijk van mogelijke voordelen/nadelen en risico op COVID-19 complicaties (vitale	Chirurgie bij vroeg stadium cervixcarcinoom. Adjuvante radiotherapie bij hoog risico patiënten. Primaire chemoradiotherapie alleen bij vitale jongere patiënten (en zonder comorbiditeit)

			jongere patiënten en zonder comorbiditeit) counselen In het geval van chemotherapie en indien mogelijk 4-8 weken uitstellen	
Cervix/proximaal vagina carcinoom Palliatief		Nieuwe patiënten gemetastaseerde ziekte/niet lokaal behandelbaar recidief afhankelijk van kans op response en COVID-19 complicaties (therapievrije interval, vitaliteit, histologie, comorbiditeit, leeftijd en klachten) counselen over wel of niet starten met chemotherapie. In het geval van chemotherapie en indien mogelijk 4-8 weken uitstellen. Patiënten die reeds gestart zijn met palliatieve chemotherapie op individuele basis beoordelen over continueren behandeling (voordelen/nadelen) of een therapie pauze inlassen.		