

Metastasen

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

Behandeling

Bij een solitaire metastase op afstand (of enkele gelocaliseerde (long)metastasen) kan een lokaal radicale behandeling (chirurgie, eventueel radiotherapie) worden overwogen. Hierdoor kan in sommige gevallen een langdurig progressievrij interval worden bereikt. Bij de overige metastasen op afstand is systemische therapie een optie. Bij LMS en ESS ER/PR bepaling indien nog niet eerder gedaan.

Carcinosarcoom

Homesley et al.(2007) ¹⁰ rapporteerden een overlevingswinst van 5 maanden (13.5 vs 8.4 maanden) bij een combinatie van ifosfamide en paclitaxel versus ifosfamide alleen voor gevorderde stadia en recidief ziekte of metastasen. Alternatieven uit prospectieve en retrospectieve studies zijn cisplatin/ifosfamide en carboplatin/paclitaxel (zie [bijlage 3](#) en [bijlage 5](#)).

Leiomyosarcoom

Bij aanwezigheid van metastasen kan chemotherapie worden overwogen. Het middel van eerste keus is doxorubicine. 2^e lijns therapie is ifosfamide. Overweeg hormonale therapie indien ER/PR positief.

Endometrium stroma sarcoom (ESS, laaggradig)

Bij gevorderde stadia kan hormonale therapie worden overwogen. Ovariectomie (of therapie met LHRH agonisten) is bij premenopauzale patienten behandeling van eerste keus, gevolgd door progestativa zoals MPA of megestrol. Aromatase inhibitoren en selectieve estrogen receptor modulators (SERMs) worden gebruikt als tweede en derde lijns hormonale therapie. De overleving na recidief is vaak lang, met zonodig tweede of derde debulking operaties en meedere lijnen hormonale therapie. Voor het zeldzame hormoonreceptor negatieve recidief kan chemotherapie worden overwogen.

Ongedifferentieerd sarcoom (UES)

Chemotherapie kan worden overwogen, liefst in trialverband. Buiten studieverband is doxorubicine het middel van eerst keus.