

# **REUNION DE CONSENSO CANCER DE CUELLO UTERINO**

**FASGO 2001  
MENDOZA**

## **COORDINADORES**

**Dr. Roberto Testa  
Dr. Marcos Peluffo**

## **PANEL DE EXPERTOS**

<b>Dra. Silvia Zunino</b>	<b>Dr. Mario de Romedi</b>
<b>Dr. Adolfo Capo</b>	<b>Dr. Hugo Brandi</b>
<b>Dr. Sergio Binia</b>	<b>Dr. Jorge Gori</b>
<b>Dr. Ernesto Gil Deza</b>	<b>Dr. Hector Ferreira</b>
<b>Dra. Beatriz Pereyra Pacheco</b>	<b>Dr. Jorge Ibarra</b>
<b>Dra. Mabel Sardi</b>	<b>Dra. Graciela Echeverry</b>
<b>Dra. Graciela Tiberti de Pacheco</b>	<b>Dr. Jorge Sarrouf</b>

## **DELEGADOS DE SOCIEDADES**

<b>Dr. Enrique Conti SOG San Juan</b>	<b>Dra. Gladis Maidana SOG S. Del Estero</b>
<b>Dr. Otilio Rosatto SOG Cordoba</b>	<b>Dr. Guillermo Focaccia SOG Neuquen</b>
<b>Dr. Florencio Casavilla h. SOGBA</b>	<b>Sr. Rafael Iñigo SOG La Plata</b>
<b>Dr. Andres Ellena ASOGISFE</b>	<b>Sr. Marcelo Negri SERGO</b>
<b>Dra. Gloria Berruetta ASOC AUSTRAL</b>	<b>Dra. Teresa Ardisono de Medina SOG Tuc.</b>
<b>Dr. Carlos Cura SOG E. Rios</b>	<b>Dr. Juan J. Carmona SOG Misiones</b>
<b>Dr. Cristóbal Ruiz</b>	<b>Dr. Juan Sardi AAGO</b>
<b>Dr. José Maria Boughen AGO B. Blanca</b>	

## **COLABORADORES**

<b>Dr. Carlos Sarsotti</b>	<b>Dr. Juan Carlos Staringer</b>
<b>Dr. Ernesto Castro Nessim</b>	<b>Dr. Mariano Toziano</b>

## CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

Estadío Ia:

Obligatorio: conización

*Con estudio histopatológico de acuerdo a estándares internacionales*

Estadío IB1:

Examen vaginal y rectal (recomendable bajo anestesia)

Medición del tamaño tumoral

Evaluación de la vía urinaria: Urograma excretor o TAC con contraste E.V. o Pielografía por RMN

Estadío IB2 o mayor estadío:

Examen vaginal y rectal (recomendable bajo anestesia)

Medición del tamaño tumoral

Rx. de tórax frente y perfil

Evaluación de la vía urinaria: Urograma excretor o TAC con contraste E.V. o Pielografía por RMN

Cistoscopia

Rectoscopia

Todos (Cat. 1)\*

## CAPÍTULO 2. TRATAMIENTOS POR ESTADIOS

### 2.1 RECOMENDADOS.

#### 2.1.1 Estadio IA1

Histerectomía extrafascial

Si el cono es suficiente, en una mujer joven con deseos de fertilidad, puede considerarse terapéutico

(Cat. 1)\*

#### 2.1.2 Estadio IA2, IB1

Quirúrgico Primario:

Colpoanexohisterectomía total ampliada por vía abdominal o vaginal con linfadenectomía pelviana.

(Operación de Wertheim Meigs, Piver III o Schauta con linfadenectomía)

(Cat 1)\*

*Conducta intraoperatoria:*

*la presencia macroscópica de ganglios pelvianos sospechosos, confirmados anatomopatológicamente, no invalidaría continuar con la cirugía.*

*La presencia de ganglios lumboaórticos macroscópicamente sospechosos, confirmados anatomopatológicamente, invalidaría la cirugía (Cat 2)\**

*Conservación de Ovarios:*

*en una mujer joven, carcinoma escamoso, ovario sano, es posible su conservación. Se recomienda fijarlo en situación extra pelviana.*

*(Cat 1)\**

Radiante Primario:

Braquiterapia + Radioterapia externa pelviana

#### 2.1.3 Estadíos IA2 – IB1 y IIA con tumor hasta 2cm

Posibilidad de realización de cirugía menos radical.

Colpoanexohisterectomía total ampliada modificada por vía abdominal tipo Piver II o su equivalente por vía vaginal con linfadenectomía pelviana ( Massi clase II )

(Cat 2)\*

#### 2.1.4 Estadío IB2 - IIA

A- Quimioradioterapia concurrente con Platino (Radioterapia externa pelviana + Braquiterapia)

(Cat 2)\*

Frente a la presencia de tumor residual en el cuello, luego de un lapso prudencial de terminado el tratamiento ( 60-90 días ), se sugiere la Anexohisterectomía extrafascial

B- Tratamiento quirúrgico primario con la operación de W.M.  
(Cat 3)\*

*El estadio IIA con tumor menor de 4 cm. Puede ser tratado con cirugía*  
(Cat 1)\*

**Investigación:**

La evidencia actual sugiere continuar con la investigación clínica del uso de la Qt neoadyuvante basada en platino seguida de cirugía en éste grupo de pacientes  
(Cat.2)\*

Histerectomía adyuvante luego de quimioradioterapia concurrente con platino

*Recordamos que todo protocolo de investigación clínica deberá ser realizado bajo estrictas normas y en centros médicos avalados para dicha investigación*

## **2.2 NUEVAS TENDENCIAS EN CASOS SELECCIONADOS**

### **2.2.1 Estadios IA2 – IB1 y IIA con tumor hasta 2cm**

A- Traquelectomía radical

- En pacientes:
- a) jóvenes
  - b) con deseos de fertilidad:
  - c) tumores exofíticos
  - d) sin patología concurrente
  - e) adecuadamente informada que no es estándar y con su consentimiento
  - g) ganglios anatomopatológicamente (-) por linfadenectomía
  - h) biopsia por congelación negativa del margen

(Cat. 2)\*

B- Si el cono suficiente en estadio IA2

- En pacientes:
- a) jóvenes
  - b) con deseos de fertilidad:
  - c) sin conocidas alteraciones de fertilidad en la pareja
  - d) sin patología concurrente
  - e) adecuadamente informada y con su consentimiento y
  - f) ganglios anatomopatológicamente (-) por linfadenectomía

(Cat 3)\*

### **2.2.2 Conducta postquirúrgica estadios Ia2 – Ib1 – IIa**

A- Sin factores de riesgo anátomo-patológicos (ganglios, parametrios y sección de corte vaginal negativos) Observación

B- Si ganglios positivos o sección de corte parametral positivo. Radioterapia externa pelviana + / - Braquiterapia

B- Si margen vaginal positivo. Radioterapia externa pelviana + Braquiterapia

Nuevas tendencias

Quimioradioterapia concurrente con Platino (Radioterapia externa pelviana + Braquiterapia) en lugar de radioterapia sola

(Cat. 2)\*

En pacientes tratados con cirugía radical, cuya pieza muestre tamaño tumoral mayor de 4cm , se debe agregar radioterapia pelviana. Y eventual braquiterapia

(Cat 1)\*

## **2.3 ESTADIO IIB – IIIA – IIIB – IVA.**

Quimioradioterapia concurrente con Platino (Radioterapia externa pelviana + Braquiterapia)

Valorar la posibilidad de:

Implantes de braquiterapia parametrales  
Irradiación lumboaórtica

*En aquellos casos de estadio IVA sin compromiso parametrial ni ganglionar se sugiere la excenteración pélvica preferentemente con reservorios continentales*

(Cat 1)\*

## **2.4 ENFERMEDAD RECURRENTE**

### 2.4.1 Evaluación:

Dependerá de la modalidad de tratamiento previo

A- Si ha recibido radioterapia previamente

Examen vaginal y rectal bajo anestesia

*Si del examen surge la posibilidad de rescate quirúrgico con intento curativo:*

Rx. de tórax frente y perfil.

TC de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso o UroRMN

Cistoscopia

Rectoscopia

*Si del examen surge la imposibilidad quirúrgica*

Se solicitarán aquellos estudios útiles para definir la conducta terapéutica

B- Si no ha recibido Radioterapia previamente

Se solicitarán aquellos estudios útiles para la terapéutica

## 2.4.2 Tratamiento

### A- Recidiva Pélvica

1- Sin tratamiento radiante previo:

Quimioradioterapia concurrente con Platino (Radioterapia externa pelviana +/- Braquiterapia)

2- Con tratamiento radiante previo:

*Enfermedad central:* Exploración quirúrgica (sugerida por cirugía translaparoscópica o retroperitoneal por minilaparotomía)

Ganglios Positivos o enf. peritoneal: indicar paliación

Negativa: tratamiento de rescate con intento curativo

- a) Excenteración pélvica
- b) Menores de 2cm y sin compromisos de las fascias vesico-recto vaginal, evaluar la posibilidad de Colpoanexohisterectomía total ampliada por vía abdominal (Operación de Wertheim o Piver III) si no se ha realizado.

*Enfermedad lateral:* Tratamiento paliativo

### B- Recidiva Extrapélvica

1-. Única: Considerar resección con finalidad diagnóstica y terapéutica

2- Múltiples: Tratamiento paliativo

## **2.5 CARCINOMA DE CUELLO OCULTO**

### Hallado luego de histerectomía total simple

2.5.1 Margen Positivo: Quimioradioterapia concurrente con Platino (Radioterapia externa pelviana + Braquiterapia)

2.5.2 Margen Negativo:

A- Estadío IA2

Evaluación retroperitoneal (de ser posible por Laparoscopia)

Negativa: Control

Positiva: Quimioradioterapia concurrente con Platino (Radioterapia externa pelviana + Braquiterapia)

B- Estadío IB1 o mayor

Quimioradioterapia concurrente con Platino (Radioterapia externa pelviana + Braquiterapia)

(Cat. 1)\*

## **METODOLOGIA EN EL DESARROLLO DEL CONSENSO**

- 1) Los colaboradores elaboraron en esquema de evaluación y tratamiento
- 2) Este fue elevado a los representantes de las distintas especialidades para su evaluación y envío de sugerencias
- 3) El esquema y las sugerencias fueron enviados a los expertos invitados para su estudio
- 4) Se realizaron tres reuniones entre los coordinadores, los expertos y los colaboradores para desarrollar un esquema final para ser presentado en la reunión abierta durante el congreso de FASGO
- 5) Reunión abierta: se presentó en forma oral el proyecto elaborado a todos los presentes durante el transcurso del XXXVII Encuentro Nacional Anual FASGO 2001. Cada punto fue sometido a discusión y finalmente al voto de los expertos y los delegados. Cada punto recibió una categorización acorde al nivel de consenso

## **CATEGORÍAS DEL CONSENSO (\*)**

Categoría 1: El consenso es uniforme entre los especialistas, basado en alto nivel de evidencia que la recomendación es apropiada

Categoría 2: El consenso es uniforme entre los especialistas, basado en bajo nivel de evidencia y en la experiencia clínica que la recomendación es apropiada

Categoría 3: El consenso no es uniforme entre los especialistas, basado en bajo nivel de evidencia y en la experiencia clínica que la recomendación es apropiada. A pesar de lo anterior no existe importante desacuerdo.

Categoría 4: No existe acuerdo entre los especialistas que la recomendación sea apropiada

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1- Averette HE, Nguyen HN, et al. Radical hysterectomy for invasive cervical cancer: a 25-year prospective experience with the Miami technique. *Cancer* 1993, 71: 1422
- 2- Barton DP, Butler MS et al. Radical hysterectomy for early stage cervical cancer and resulting morbidity. *Gynecol Oncol* 2001, 82: 410
- 3- Benedet JL, Turko M, et al. Radical Hysterectomy in the treatment of cervical cancer. *Am. J. Obstet Gynecol* 1980, 137: 254
- 4- Benedet J., Odicino F, et al: Carcinoma of the cervix uteri. Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer. *J. Epidemiol Biostat* 1998, 3: 5-34
- 5- Burghardt E, Holzer E. Diagnosis and treatment of microinvasive carcinoma of the cervix uteri. *Obstet Gynecol* 1977, 49:641
- 6- Burghardt Em Girardi F, et al. Micro invasive carcinoma of the uterine cervix. (FIGO stage IA) *Cancer* 1991, 67: 1037
- 7- Burghardt E, Baltzer J, et al. Results of surgical treatment of 1028 cervical cancers studied with volumetry. *Cancer* 1992, 70: 648
- 8- Childers J., Hatch K. et al. The role of laparoscopic lymphadenectomy in the management of cervical carcinoma. *Gynecol Oncol.* 47: 38-43 (1992)
- 9- Cosin J., Fowler J. et al. Pretreatment surgical staging of patients with cervical carcinoma. The case for lymph node debulking. *Cancer* 82 (11) 2241-2248 (1998)
- 10- Covens A, Rosen B, et al. Changes in demographics and preoperative care of stage IA2-IB1 cervical cancer over the past 16years. *Gynecol Oncol* 2001, 81:133
- 11- Covens A, Shaw P, et al .Is radical trachelectomy a safe alternative to radical hysterectomy for patients with stage IA-B carcinoma of the cervix. *Cancer* 1999, 86: 2273
- 12- Creasman WT. New gynecologic cancer staging. *Gynecol Oncol* 58:157-158 (1995)
- 13- Dàrgent D. Retroperitoneal lymphadenectomy. In *Laparoscopic Surgery in Gynecologic Oncology*. Ch. 5. Blackwell Science. 1999. London. U.K.
- 14- Dargent D, Mathevet P. Schauta's vaginal hysterectomy combined with laparoscopic lymphadenectomy. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol.*; 9 Dec.(4):691-705. (1995)
- 15- Dargent D, Brun JL, et al. Pregnancies following radical trachelectomy for invasive cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1994, 52:105
- 16- Dargent D. Salvat J Envahissement ganglionnaire pelvien: place de la pelviscopie retroperitoneale (1989) Mac Graw-Hill. Paris. Francia.



- 17- Delgado G, Bundy B, et al. Prospective surgical-pathological study of disease free interval in patients with stage IB squamous cell carcinoma of the cervix.: A Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 1990, 38: 352
- 18- Downee, G.O., Potish R.A. et al. Pretreatment surgical staging in cervical carcinoma: Therapeutic efficacy of pelvic lymph node resection. *Am J. Obstet Gynecol* 160, 1055-1061 (1989)
- 19- Elliot P, Coppelson M. et al. Early invasive Carcinoma of the cervix. A clinico-pathologic study of 476 cases. *Int J. Gynecol Cancer* 2000, 10: 42
- 20- Estape RE, Angioli R, et al. Close vaginal margins as a prognostic factor after radical hysterectomy. *Gynecol Oncol.* 1998, 68: 229
- 21- FIGO Cancer Committee. Staging Announcement. *Gynecol Oncol* 1986, 25: 383
- 22- Fioricca JV, Roberts WS, et al. Morbidity and survival patterns in patients after radical hysterectomy and postoperative adjuvant pelvic radiotherapy. *Gynecol Oncol* 1990, 36: 343
- 23- Gentili C, Calcinati A, et al. Microinvasive carcinoma of the uterine cervix. Risk factors and therapeutic options. *Minerva Ginecol.* 2000, 52: 83
- 24- Guttman R. Significance of postoperative irradiation in carcinoma of the cervix. A ten-year survey. *Am. J. Roentgenol Ther Nucl Med.* 1970, 108: 102
- 25- Hacker NE. Clinical and operative staging of cervical cancer. *Bailleres Clin Obstet Gynecol* 1988, 2: 747
- 26- Hacker NF, Wain GV, et al. Resection of bulky positive lymph nodes in patients with cervical cancer. *Int J. Gynecol Cancer* 1995, 5:250
- 27- Hatch K. Hallum A. The role of laparoscopy in gynecologic oncology. *Cancer* 76:2113-2116 (1995)
- 28- Heller P., Malfetano J. et al. Clinical-pathologic study of stage IIB, III and IVA carcinoma of the cervix: Extended diagnostic evaluation for para-aortic node metastasis- A gynecologic Oncology Group Study. *Gynecol Oncol* 38: 425-430 (1990)
- 29- Hopkins MP, Peters WA, et al: Invasive cervical cancer treated initially by standard hysterectomy. *Gynecol Oncol* 1990, 36: 7
- 30- Inohue T, Chihara T, et al. The prognostic significance or the size of the largest nodes in metastatic carcinoma from the uterine cervix. *Gynecol Oncol* 1984, 19: 187
- 31- Kinney WK, Alvarez RD, et al. Value of adjuvant whole pelvic irradiation after Wertheim hysterectomy for early stage squamous carcinoma of the cervix with pelvic nodal metastases: a matched control study. *Gynecol Oncol* 1989, 34: 258
- 32- Kim SH., Kim Sc. et al. Uterine cervical carcinoma: Evaluation of pelvic lymph node metastasis with MR Imaging. *Radiology* 190: 807-811 (1994)
- 33- Kim PY, Bradley J. et al Cervical cancer with paraaortic metastases: Significance of residual paraaortic disease after surgical staging. *Gynecologic Oncology* 69, 243-247 (1998)
- 34- Kinney WK, Egorshin EV, et al. Long-term survival and sequel after surgical management of invasive cervical carcinoma diagnosed at the time of simple hysterectomy. *Gynecol Oncol* 1992, 44: 24
- 35- Kolstad P. Follow up study of 232 patients with stage Ia1 and 411 patients with stage Ia2 squamous cell carcinoma of the cervix (microinvasive carcinoma) *Gynecol Oncol* 1989, 32:265
- 36- Krebs HB, Helmkamp BF, et al. Recurrent cancer of the cervix following radical hysterectomy and pelvic node dissection. *Obstet Gynecol* 1982, 59: 422
- 37- Landoni F, Maneo A, et al. Class II versus class III radical hysterectomy in stage IB-IIA cervical cancer: a prospective randomized study. *Gynecol Oncol* 2001, 80:2
- 38- Landoni F, Maneo A, et al. Randomized study of radical surgery versus radiotherapy for stage IB IIA cervical cancer. *Lancet* 1997, 350:535
- 39- Larson DM, Coppeland LJ, et al. Recurrent cervical carcinoma after radical hysterectomy. *Gynecol Oncol* 1998, 30: 381

- 40- Lecuru F, Nejk K et al. Microinvasive carcinoma uterine cervix. Which approach in 1998. *Bull Cancer* 1998, 85: 319
- 41- Lécuru F.; Taurelle R. Transperitoneal laparoscopic pelvic lymphadenectomy for gynecologic malignancies (I). Technique and results. *Surg. Endosc* 12:1-6 (1998)
- 42- Lécuru F.; R. Taurelle. Transperitoneal laparoscopic pelvic lymphadenectomy for gynecologic malignancies (II). Technique and results. *Surg. Endosc* 12:97-100 (1998)
- 43- Loke KJ. Early squamous cell carcinoma of the cervix. *Gynecol Oncol* 1978, 6: 10
- 44- Magrina JF, Goodrich MA, et al. Modified radical hysterectomy in the treatment of early squamous cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1999, 72: 183
- 45- Massi G, Savino L, et al. Three classes of radical vaginal hysterectomy for treatment of endometrial and cervical cancer. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1996, 175: 1576
- 46- Mithcell PA, Waggoner S, et al. Cervical cancer in the elderly treated with radiation therapy. *Gynecol Oncol* 1998, 71: 291
- 47- Montana GS, Fopwler WC, et al. Analysis of results of radiation therapy for stage IB carcinoma of the cervix. *Cancer* 1987, 60: 2195
- 48- Morris M, Eifel P, et al. Pelvic radiation with concurrent chemotherapy compared with pelvic and paraaortic radiation for high-risk cervical cancer. *N Engl J. Med* 1999, 340: 1137
- 49- Morrow CP. Is pelvic radiation beneficial in the postoperative management of stage IB squamous cell carcinoma of the cervix with pelvic node metastasis treated by radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy? *Gynecol Oncol* 1980, 10: 105
- 50- Nagarsheth NP, Maxwell GI, et al. Bilateral pelvic lymph node metastasis in a case of FIGO stage IA1 adenocarcinoma of the cervix. *Gynecol Oncol* 2000, 77: 467
- 51- Ostor AG. Pandora's box or Ariadne's thread? Definition and prognosis significance or microinvasion in the uterine cervix: squamous lesions. In *Pathology annual*. Melbourne 1995:103-136
- 52- Ostor AG. Studies on 200 cases of early squamous cell carcinoma of the cervix. *Int J. Gynecol Pathol.* 1993, 12: 193
- 53- Ostor AG. Early invasive adenocarcinoma of the uterine cervix. *Int. J. Gynecol Pathol.* 2000, 19: 29
- 54- Park RC, Thigpen JT. Chemotherapy in advanced and recurrent cervical cancer: a review. *Cancer* 1993, 71: 1446
- 55- Perez CA, Camel HM, et al. Randomized study of preoperative radiation and surgery or irradiation alone in the treatment of stage IB and IIA carcinoma of the cervix: A final report. *Gynecol Oncol* 1987, 27: 129
- 56- Peters WA, Liu PY, et al. Cisplatin and 5FU plus radiation therapy are superior to radiation therapy as adjunctive in high risk early stage carcinoma of the cervix after radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy: report of a phase III intergroup study. *J. Clin Oncol* 2000 18: 450
- 57- Piver M, Rutledge F, et al. Five classes of extended hysterectomy for women with cervical cancer. *Obstet Gynecol* 1974, 44: 265
- 58- Plante M, Roy M. New approaches in the surgical management of early stage cervical cancer. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2001 13: 41
- 59- Possover M, Krause N. Laparoscopic assistance for extended radicality of radical vaginal hysterectomy: description of a technique. *Gynecol Oncol.* 70: 94-9 (1998 )
- 60- Potish, R. A.; Twigg, L.B., et al Therapeutic implications of the natural history of advanced cervical cancer as defined by pretreatment surgical staging. *Cancer* 56, 956-960 (1985)
- 61- Potish RA, Downey GO, et al. The role of surgical debulking in cancer of the uterine cervix. *Int. J. Radiat Oncol Biol Phys* 1989, 17: 979
- 62- Potter ME, Alvarez RD, et al. Early invasive cervical cancer with pelvic lymph node involvement: To complete or not to complete radical hysterectomy? *Gynecol Oncol* 37:78-81 (1990)
- 63- Querleu D. Leblanc E. Castelain B. et al Laparoscopic pelvic lymphadenectomy. *Am J. Obstet Gynecol* 164:579-581 (1991)

- 64- Rodriguez M, Guimares O et al. Radical abdominal trachelectomy and pelvic lymphadenectomy with uterine conservation and subsequent pregnancy in the treatment of early invasive cervical cancer. *Am J. Obstet Gynecol* 2001, 185: 370
- 65- Roman LD, Felix JC, et al. Risk of residual invasive disease in women with microinvasive squamous cancer in a conization specimen. *Obstet Gynecol* 1997, 90:759
- 66- Rose PG, Berkowitz RS. Advances in the management of cervical cancer. *JRM* 2000, 45: 971
- 67- Rose PG. Type II radical hysterectomy: Evaluating its role in cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2001, 80: 1
- 68- Rotman M, Choi K, et al. Prophylactic irradiation of the para aortic lymph node chain in stage IIB and bulky stage IB carcinoma of the cervix: initial treatment and results of RTOG 7920. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1990, 19: 513
- 69- Roy M, Plante M. Pregnancies after radical vaginal trachelectomy for early stage cervical cancer. *Am. J. Obstet Gynecol.* 1998, 179: 1491
- 70- Roy M, Plante M. Radical vaginal trachelectomy for invasive cervical cancer. *J. Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2000, 29: 279
- 71- Roy M, Plante M. et al. Vaginal radical hysterectomy versus abdominal radical hysterectomy in the treatment of early-stage cervical cancer. *Gynecol Oncol.* 62 Sep (3): 336-9. (1996)
- 72- Rubin SC, Brookland R, et al. Paraaortic nodal metastases in early cervical carcinoma: long term survival following extended radiotherapy. *Gynecol Oncol* 1984, 18:213
- 73- Rutledge FS, Carey MS, et al. Conservative surgery for recurrent or persistent carcinoma of the cervix following irradiation: is exenteration always necessary? *Gynecol Oncol* 1994, 52: 353
- 74- Sardi JC, Sananes C, et al. Results of a prospective randomized trial with neoadjuvant chemotherapy in stage IB, bulky squamous carcinoma of the cervix. *Gynecol Oncol* 1993, 49: 156
- 75- Sartori E, La face B, et al. Pattern of failure in stage IB-IIA cervical cancer after radical hysterectomy. *Int J Gynecol Cancer* 1995, 5: 15
- 76- Schneider A, Possover M. et al. Laparoscopy-assisted radical vaginal hysterectomy modified according to Schauta-Stoekel. *Obstet Gynecol.* 88(6):1057-60.(1996)
- 77- Sedlis A, Bundy BN, et al. A randomized trial of pelvic radiation therapy versus no further therapy in selected patients with stage IB carcinoma of the cervix after radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy: A gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 1999: 73: 177
- 78- Sevin BU. Management of microinvasive cervical. *Semin Surg Oncol* 1999, 16: 228
- 79- Sheperd JH, Mould T et al. Radical trachelectomy in early stage carcinoma of the cervix: Outcome as judged by recurrence rate and fertility rates
- 80- Sheperd JH, Crawford R, et al. Radical trachelectomy: a way to preserve fertility in the treatment of early cervical cancer.
- 81- Singleton HM, Bell MC, et al. Is there really a difference in survival of women with squamous cell carcinoma, adenocarcinoma and adenosquamous cell carcinoma of the cervix? *Cancer* 1995, 76: 1948
- 82- Smith JR, Boyle DC, et al. Abdominal radical trachelectomy: a new surgical technique for the conservative management of cervical carcinoma. *Br. J. Obstet Gynecol.* 1997, 104: 1196
- 83- Subak LL, Hricak H Cervical carcinoma: computed tomography and magnetic resonance imaging for preoperative. *Obstet Gynecol* 86:43-50 (1995)
- 84- Takamura A, Mizoe J, et al. Is postoperative radiotherapy beneficial in the management of stage I-II squamous cell carcinoma of the uterine cervix with negative nodes and positive parametrial involvement? A retrospective review of 70 patients. *Asia Oceania J. Obstet Gynecol* 1993, 19: 145

- 85- Terada K, Morley GW. Radical hysterectomy as surgical salvage therapy for gynecological malignancy. *Obstet Gynecol* 1987, 70: 90
- 86- Thomas GM, Dembo AJ. Is there a role for adjuvant pelvic radiotherapy after radical hysterectomy in early stage cervical cancer? *Int J Gynecol Cancer* 1991, 1: 1
- 87- Thomas G, Dembo A, et al. A randomized trial of standard versus partially hyperfractionated radiation with or without concurrent 5 FU in locally advanced cervical cancer
- 88- Van Nagell JR, Roddick JW, et al The staging of cervical cancer: Inevitable discrepancies between clinical staging and pathologic findings. *Am J. Gynecol* 110:973-978 (1971)
- 89- Vercamer R., Janssens J. et al. Computed tomography and lymphography in the presurgical staging of early carcinoma of the uterine cervix. *Cancer*. 60:1745-1750 (1987)
- 90- Weiser F, Bundy N. et al. Extraperitoneal versus transperitoneal selective para-aortic lymphadenectomy in the treatment surgical staging of advanced cervical cancer ( a GOG study. *Gynecol Oncol* 33: 283-289 (1989)
- 91- Wharton JK, Jones HW, et al. Preirradiation celiotomy and extended field irradiation for invasive carcinoma of the cervix. *Obstet Gynecol* 49:333-338 (1977)
- 92- Winfield H., See W. et al. Comparative effectiveness and safety of laparoscopic vs. open pelvic lymph node dissection for cancer of the prostate. *J. Urol. (suppl)* 4:244 (1992)
- 93- Winter R. Conservative surgery for microinvasive carcinoma of the cervix. *J. Obstet Gynecol Res.* 1998, 24:433
- 94- Yang YC, Chang CL. Modified radical hysterectomy for early IB cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1999, 74: 241
- 95- Zreik TG, Chambers JT, et al. Parametrial involvement, regardless of nodal status: a poor prognostic factor for cervical cancer. *Obstet Gynecol* 1996, 87: 741