

ESTADIAMENTO CIRÚRGICO NO CÂNCER DO OVÁRIO

A. FRASSON¹, R. FONTANELLI², E. di RE Jr¹, M.A.G. GONÇALVES¹

Istituto Nazionale dei Tumori — Milão, Itália

RESUMO

Junto ao "Istituto Nazionale per lo studio e la cura dei Tumori di Milano", no período de 1975 a 1985, 201 pacientes acometidas de carcinoma do ovário, não tratadas anteriormente com quimioterapia ou radioterapia, foram submetidas a estadiamento cirúrgico completo para estabelecer a difusão da doença e planificar o tratamento.

O estadiamento cirúrgico compreende: coleta de líquido peritoneal, líquido de ascite ou lavado peritoneal, histerectomia total com anexectomia bilateral, omentectomia, apendicectomia, dissecação linfonodal ilíaca e lombo-aórtica e biópsias múltiplas.

Em 153 pacientes foi efetuado pré-operatoriamente estadiamento clínico/instrumental compreendendo laparoscopia com inspeção diafragmática, biópsias múltiplas e lavado peritoneal, linfografia, enema opaco e urografia. Nestes casos uma estadiação clínica insuficiente comparada com o estadiamento cirúrgico foi observada em 41,9% no estágio I, 44,4% no estágio II e em 7,9% no estágio III.

A sensibilidade da linfografia e da laparoscopia relacionada com os achados anátomo-cirúrgicos foi respectivamente de 79,6% e 49,6%.

O estadiamento cirúrgico permitiu conhecer melhor a modalidade de difusão do carcinoma ovariano e em particular esclareceu a entidade da metastatização linfonodal em uma neoplasia considerada quase exclusivamente de difusão peritoneal. Metástases linfonodais estavam presentes em 16,3% no estágio I, 18,1% no estágio II, 58,8% no estágio III e 46,1% no estágio IV.

Os dados apresentados confirmam que o estadiamento anátomo-cirúrgico é o único procedimento correto para estabelecer a difusão da neoplasia em fase aparentemente localizada.

UNITERMOS: *Carcinoma do ovário, estadiamento cirúrgico, metástase linfática.*

INTRODUÇÃO

O conceito fundamental de estadiamento é o de fornecer o quadro anatômico da extensão da patologia com o objetivo de permitir a escolha adequada do tratamento.

São de 15 anos as primeiras publicações que demonstraram a presença de difusão metastática subclínica ao diafragma e linfonodos, e a presença de células tumorais malignas no líquido peritoneal em casos de carcinoma do ovário aparentemente estágio I e II (Tabela 1). Os dados apresentados eram com frequência significativamente diferentes porque recolhidos em casuísticas não homogêneas; todavia evidenciaram que em cerca de 30% dos casos iniciais a neoplasia era estadiada de forma insuficiente.

A introdução e a execução sistemática da la-

paroscopia com inspeção diafragmática, biópsias e lavagem peritoneal, da linfografia e do enema opaco, reduziram o número dos casos estadiados de forma insuficiente. Todavia, estes exames demonstraram ser escassamente sensíveis quando confrontados com o resultado anátomo-cirúrgico e, portanto, valorizados somente quando positivos.

Com base nestes dados, existe hoje um consenso geral quanto à necessidade de estabelecer o estágio da neoplasia mediante uma série de medidas intra-operatórias que constituem o estadiamento anátomo-cirúrgico.

O objetivo deste trabalho é o de precisar a história natural da patologia, identificando e analisando a sede das localizações e de avaliar a utilidade do estadiamento cirúrgico confrontado com o estadiamento clínico/instrumental.

teiras paracólicas, Douglas, aderências e peritônio véscico-uterino; também foram realizadas biópsias hepáticas com "tru-cut" em presença de massa hepática palpável e biópsias da cápsula glissoniana. Para o estadiamento foi utilizada a classificação da FIGO.

RESULTADOS

A idade média das pacientes foi de 49 anos. O tipo histológico era seroso em 84 casos (41,8%), mucinoso em 39/201 casos (19,4%), endometrióide em 39/201 casos (19,4%), indiferenciados em 24/201 casos (11,9%), misto em 8/201 casos (3,9%) e de células claras em 7/201 (3,4%).

TABELA 3: Estadiamento cirúrgico completo – 201 casos
Difusão para estruturas vizinhas

Estádio	II	III	IV
Ovário contral.	45,8%	71,4%	68,2%
Omento	–	75,6%	91,3%
Pedic. ovariano	30%	9,7%	16,6%
Apêndice	–	27,6%	43%

TABELA 4: Incidência de metástases linfonodais por tipo histológico – 201 casos

Estádio	Seroso	Mucinoso	Endometrióide	C. Claras	Indifer.	Misto	Total
I	29,4%	0%	5,0%	16,6%	18,2%	0%	14,2%
II	25%	25%	0%	0%	–	0%	18,1%
III	68,6%	50%	41,6%	–	54,5%	–	58,8%
IV	66,6%	33,3%	66,6%	–	0%	50%	46,1%
Total	46,4%	17,9%	20,5%	14,3%	33,3%	12,5%	31,8%

TABELA 5: Relação grau histológico/metástase linfonodal – 154 casos

Estádio	Casos	G1	GII	GIII
I	80	12,9%	10,7%	19%
II	16	0%	23%	0%
III	50	60%	57,9%	57,7%
IV	8	0%	100%	57,1%

A Tabela 2 compara o estágio clínico/instrumental com o anátomo-cirúrgico obtidos com o estadiamento completo. A laparoscopia e a linfografia mostraram uma sensibilidade de 79,6% e 49% respectivamente. O estadiamento insuficiente estava presente em 32,7% das pacientes e sobretudo nos estádios Ic e II.

As mais freqüentes sedes de localização subclínica evidenciadas pela laparotomia foram o peritônio e os linfonodos (40%) todavia, em 20% dos casos os linfonodos eram a única sede de metástases. O estadiamento cirúrgico confirmou um freqüente comprometimento do omento, enquanto que o apêndice não parece ser um local preferencial de localização metastática; estando comprometido em 27,6% no estágio III e 43% no estágio IV, e nunca como localização única (Tabela 3). Os vasos ováricos estavam comprometidos pelo processo neoplásico em 14,5% dos casos, nas proximidades do ovário. O estudo da metastatização linfática mostrou metástase em sede lombo-aórtica em 18,2% dos casos, pélvicas em 31,4% e pélvica mais lombo-aórtica em 50,4% dos casos. A incidência de metástases linfáticas em relação ao estágio e ao tipo histológico é representada na Tabela 4.

Nas 14 pacientes com doença no estágio I e metástases linfáticas, estas eram embólicas e/ou parciais em nove e únicas em oito casos. A análise do tipo histológico evidencia uma incidência

maior de metástases, o histotipo seroso em particular com relação ao mucinoso, no qual metástases linfonodais estão presentes somente nos estádios mais avançados.

A análise do grau de diferenciação da neoplasia (segundo Russel modificado)¹⁻³, foi efetuada em 154 casos. A relação entre metástases linfáticas e grau de diferenciação histológica é representada na Tabela 5. Diferença estatisticamente significativa está presente entre G1 e G2-G3 se considerados independentemente do estágio, en-

quanto que a análise por estágio não mostra dados conclusivos.

A citologia peritoneal resultou positiva em 65% dos casos com metástases histologicamente confirmadas em cavidade peritoneal. Em nove casos (4,8%), o lavado peritoneal permitiu a localização de células tumorais em ausência de outra difusão. O estadiamento cirúrgico completo determinou um aumento do tempo operatório de 150 minutos em média (de 100 a 240). A mortalidade e a morbidade intra e pós-operatória estão representadas na Tabela 6.

durante a cirurgia, e, — após ter sido excluído o comprometimento do ovário resíduo através de biópsia e exame de congelação. Não existe um acordo sobre o tipo de omentectomia a ser realizado, se infracólica ou radical com a ressecção do ligamento gastro-cólico^{7, 8}. No Instituto preferimos limitar-nos a omentectomia infracólica e efetuar a omentectomia radical somente em casos de comprometimento macroscópico do omento.

Não obstante o fato de que Abrams⁹ em 1950 referisse 64% de metástases linfonodais

TABELA 6: Complicações intra e pós-operatórias — morbidade e mortalidade — 201 casos

Complicações intra-operatórias	(3,5%)	Complicações pós-operatórias	(8,9%)
Lesão venosa	3	Obstrução Intestinal	2
Lesão arterial	2	Íleo	3
Hemorragia	2	Estenose Ureteral	2
		Fístula Ureteral	1
		Fístula retovaginal	1
		Linfocele	8
Mortalidade	0	Embolia Pulmonar	1

DISCUSSÃO

O estudo da história natural do carcinoma do ovário esclareceu quais são os tempos cirúrgicos necessários para um correto estadiamento da neoplasia. O exame citológico peritoneal é efetuado sempre, do líquido ascítico, líquido livre ou do lavado peritoneal, e é justificado pela capacidade que tem o tumor ovariano de disseminar células neoplásicas mesmo quando localizado. O percentual de positividade da citologia varia de 2% a 36%^{4, 5} (Tabela 1). A histerectomia é realizada também na ausência de comprometimento da serosa, pela possibilidade de metástases endo-uterinas e/ou a presença de adenocarcinoma de endométrico metacrônico^{4, 6} encontrados no material em 11,8% dos casos. A retirada do ovário contralateral é efetuada pela possibilidade de micrometástases referida de 12 a 43% dos casos^{4, 6, 7} em função do histotipo e do estágio da neoplasia. O ovário contralateral pode ser conservado em casos selecionados: se o estadiamento excluiu qualquer outra localização, — o ovário neoplásico não apresenta a sua cápsula infiltrada e não tenha ocorrido sua ruptura

no carcinoma do ovário em achados de necrópsia, e que estes dados fossem confirmados em 1964 por Bergman¹⁰ com 80,2% de linfonodos positivos, a difusão por via linfática e o significado clínico das metástases linfonodais nos estádios iniciais foram subvalorizados. Os dados apresentados evidenciaram um tipo de metastatização diferente daquele formulado por Plentl e Friedman¹¹ que baseados na via anatômica linfática indicavam uma via preferencial lombo-aórtica, enquanto que foi demonstrado um comprometimento pélvico e lombo-aórtico praticamente igual. O valor terapêutico da linfadectomia está ainda em discussão^{12, 13}; todavia, nos estádios iniciais, é o único meio para identificar esta localização que, se não diagnosticada, seria ignorada e não tratada.

Este estudo confirma trabalhos precedentes que mostraram como a fidelidade do estadiamento clínico/instrumental pode ser aumentada com a execução dos tempos diagnósticos durante a laparotomia aqui referidos, e sugere estes procedimentos nos casos aparentemente localizados (estádios I e II). É possível que a presença de metástases ocultas em pacientes estadiadas

incompletamente seja o motivo dos baixos percentuais de cura revelados pela literatura¹⁴⁻¹⁶. Com base nos recentes dados sobre o valor prognóstico do resíduo tumoral pós-cirúrgico, é também necessário integrar os dados obtidos pelo estadiamento laparotômico com a descrição das características do tumor resíduo e das sedes de persistência da neoplasia^{17, 18}. A técnica de estadiamento proposta é difícil. O risco é justificado pela necessidade de obter o estadiamento mais correto possível, na medida em que condiciona a escolha e o modo do tratamento.

SUMMARY

At the National Cancer Institute of Milan, from 1975 to 1985, 201 patients with ovarian carcinoma, not previously treated with chemotherapy or radiotherapy, underwent complete staging laparotomy to establish the spread of the disease and to plan treatment.

Surgical staging included: hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy, omentectomy, appendectomy, retroperitoneal lymph node dissection and multiple biopsies. A total of 153 patients underwent preoperative clinical/instrumental staging including laparoscopy with diaphragmatic inspection and peritoneal washing, lymphography, contrast enema and urography. In these cases, clinical understaging, in comparison to staging laparotomy, was observed in 41,9% in stage I, 44,4% in stage II and 7,9% in stage III.

The sensibility of lymphography and laparoscopy versus pathological results was 79,6% and 49,0%, respectively.

Staging laparotomy is useful in understanding the process of spread in ovarian carcinoma, particularly, the formation of lymphnodal metastases in a neoplasm that is considered to be almost exclusively peritoneal in its dissemination. Lymph node metastases were detected in 16,3% at Stage I 18,1% stage II, 58,8% stage III and 46,1% stage IV.

The data presented here confirm that surgical staging is the only correct method to establish the spread of disease in an apparently localized phase.

UNITERMS: *Ovary carcinoma, surgical staging, lymphnode metastase.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Allan MS, Hertig AT. Carcinoma of the ovary. *Am J Obstet Gynecol.* 1949; 58: 640-653.
- Decker DG, Malkasian GD Jr, Taylor WF. Prognostic importance of histologic grading in ovarian carcinoma. Boular J C III ed. In: *Symposium on Ovarian Carcinoma, National Cancer Institute Monograph 42.* Washington. U.S. Government Printed Office. 1975: 0-11.
- Russel P. The pathological assessment of ovarian neoplasma. Introduction to the common "epithelial" tumors and analysis - of benign "epithelial" tumors. *Pathology.* 1979; 11: 5-26.
- Creasman WT, Rutledge F. The prognostic value of peritoneal cytology in gynecologic malignant disease. *Am J Obst Gynecol.* 1971; 110: 773.
- De Palo G, Musumeci R, Spinelli P. Il Carcinoma ovarico: quasi uno sconosciuto. *Argomenti di Oncologia.* 1981; 2: 41-83.
- Kalistad P. Malignant tumors of ovary: Noerwegien experience - and protocols for management. Coppleson Ed. In: *Gynecologic Oncology.* New York: Springer Verlag. 1981: 721-730.
- Whaton JJ, Herson J. Sugery for common epithelial tumors of the ovary. *Cancer.* 1981; 48: 582-589.
- Webb JJ. The role of staging procedures in therapy. 1983.
- Abrams HR, Spiro R, Goldstein N. Metastases in carcinoma. *Cancer.* 1950; 3: 74-85.
- Bergman F. Carcinoma of the ovary. A clinicopathological study of 86 autopsied cases with special reference to mode of spread. *Acta Obstet Gyneec Scand.* 1966; 45: 211-231.
- Plentl AA, Friedman EA. Lymphatic system of the female genitalia. Philadelphia. W B Saunders Company. 1971.
- Burghardt E, et al. Management of advanced ovarian Cancer *Eur J Gynecol Oncol.* 1984; 3: 155-159.
- Sidney S, Chen et al. Prognostic significance of morphology - of tumor on retroperitoneal lymphonodes in epithelial carcinoma of the ovary. II correlation with survival. *Gynecol Oncol* 1984; 18: 94-99.
- Dyson JL, et al. Factors influencing survival in carcinoma of the ovary. *Br J Cancer.* 1971; 25: 237-249.
- Kottmeier HK. Anual Report on the results of treatment in Carcinoma of the uterus, vagina and ovary. Stockholm, 1976.
- Sorbe B, et al. Importance of histologic grading in the prognosis of epithelial ovarian carcinoma. *Obstetric Gynecol.* 1982; 59: 576-582.
- Greco FA, et al. Advanced ovarian cancer: Brief intensive combination chemotherapy and second-look operation. *Obstet and Gynec.* 1981; 58: 199-205.
- Griffths CT. New developments in the surgical treatment of ovarian cancer. In: *Surgery in Gynecological Oncology.* 1984: 261-274.
- Musumeci R, Banfi A, Bolis G, et al. Lymphangiography in patients with ovarian epithelial cancer. *Cancer* 1977; 40: 1444-49.
- Delgado G, Chum B, Caglar H. Paraaortic limphadenectomy in gynecologic malignancies confined to the pelvis. *Obst Gynecol* 1977; 50: 418.
- Spinelli P, Luini A, Pizzete P, De Palo GM. Laparoscopy in staging and restaging of 95 patients with ovarian carcinoma. *Tumori.* 1979; 62: 493-502.