

Cirurgia não Ginecológica em Pacientes com Câncer de Ovário

Nongynecologic Surgery in Patients with Ovarian Cancer

Agnaldo Lopes da Silva-Filho¹, Eduardo Batista Cândido¹, Maurício Bechara Noviello¹, Admário Silva Santos-Filho¹, Paulo Traiman³, Sérgio Augusto Triginelli¹, José Renan Cunha-Melo

RESUMO

Objetivo: *avaliar a frequência da utilização de procedimentos cirúrgicos não ginecológicos no tratamento do câncer de ovário, assim como descrever as suas complicações.*

Métodos: *foram incluídas retrospectivamente 82 pacientes, atendidas no período de fevereiro de 1999 a outubro de 2003, e que haviam sido submetidas a laparotomia para tratamento cirúrgico do câncer de ovário. Foram incluídas no estudo apenas pacientes com adenocarcinoma epitelial de ovário. A média de idade foi de 54,1±15,1 anos, variando de 22 a 89 anos. O estadiamento (FIGO) mostrou 5 pacientes no estágio I (6,1%), 18 pacientes no II (21,9%), 40 pacientes no III (48,8%) e 19 pacientes no IV (23,2%). As pacientes foram divididas em 2 grupos: aquelas em que foram realizados exclusivamente procedimentos ginecológicos e aquelas com realização de procedimentos não ginecológicos. As diferenças entre as médias foram analisadas pelo teste t de Student. As comparações entre grupos independentes foram feitas pelo teste do χ^2 .*

Resultados: *em 35 pacientes (42,7%) foram realizados procedimentos cirúrgicos não ginecológicos, incluindo: 17 colostomias, 16 enterectomias, oito peritonectomias pélvicas, sete colectomias, cinco ressecções parciais de cúpula frênica, quatro cistectomias parciais, quatro esplenectomias, duas ileostomias e uma hepatectomia parcial. Todas as pacientes submetidas a procedimentos não ginecológicos apresentavam-se nos estádios III e IV. Esse grupo apresentou maior tempo cirúrgico (5,3±1,4 versus 3,1±0,9 horas); $p<0,001$. Os grupos não mostraram diferenças significativas em relação à necessidade de hemotransfusão (42,2 versus 40%; $p=0,512$) e tempo de internação (11,5±7,2 versus 10±9,9 dias; $p=0,454$). A realização de procedimentos cirúrgicos não ginecológicos associou-se a maior taxa de complicações pós-operatórias 37% versus (17,1%; $p=0,042$), sendo que duas pacientes desse grupo (2,4%) evoluíram para o óbito.*

Conclusões: *os procedimentos cirúrgicos não ginecológicos são freqüentemente empregados no tratamento de pacientes com câncer de ovário. A realização dessas cirurgias está associada a maior tempo cirúrgico e maior taxa de complicações pós-operatórias.*

PALAVRAS-CHAVE: *Câncer de ovário. Citorredução. Complicações da cirurgia.*

Departamentos de Ginecologia e Obstetrícia¹ e Cirurgia² da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista³.

Correspondência:

Agnaldo Lopes da Silva Filho

Avenida Pasteur 89/1310

Bairro Santa Efigênia

30 150 290 - Belo Horizonte - MG

Telefone: (31) 3236-6103. Fax: (31) 3296-5490

e-mail: agsilvaf@terra.com.br

Introdução

O câncer de ovário é a oitava neoplasia maligna mais diagnosticada em mulheres no Brasil e a quinta causa de morte por câncer nas mulheres americanas¹. Corresponde a 1,8% dos cânceres ginecológicos e apresenta a mais elevada mortalidade entre eles². A neoplasia maligna de ovário representa grande desafio, pois apesar dos avanços da terapia oncológica, a sobrevida das pacientes não se alterou nas últimas décadas^{1,2}.

O estadiamento no momento do diagnóstico tem importante valor prognóstico^{3,4}. Cerca de 60% das pacientes são diagnosticadas nos estádios III e IV, com pior prognóstico e expectativa de vida em cinco anos de apenas 10 a 20%³. Outro fator prognóstico, que pode ser influenciado diretamente pelo cirurgião, é a extensão da doença residual após a cirurgia primária⁵.

A citorredução, descrita por Meigs⁶ em 1935, constitui um dos princípios do tratamento cirúrgico do câncer de ovário. Pacientes submetidas à excisão completa do tumor apresentam maior sobrevida em relação àquelas cuja massa tumoral foi retirada parcialmente⁷. Considera-se uma citorredução satisfatória quando persiste doença residual com diâmetro inferior a um centímetro⁸⁻¹⁰. Pacientes submetidas a uma citorredução ótima apresentam sobrevida global média de 35 meses, ao passo que aquelas com doença residual maior que um centímetro sobrevivem, em média, 18 meses¹¹. Uma metanálise, envolvendo 81 estudos e 6885 pacientes, mostrou a citorredução satisfatória como determinante da sobrevida em pacientes com carcinoma de ovário nos estádios III ou IV, mesmo após controle de outros fatores prognósticos¹².

A disseminação do câncer de ovário na superfície peritoneal não respeita os limites anatômicos dos órgãos e vísceras abdominais e pélvicas¹³. Essa característica biológica implica a necessidade de se realizarem procedimentos cirúrgicos em alças intestinais, bexiga, reto e estruturas extrapélvicas, como baço, fígado e diafragma, para a obtenção de uma citorredução satisfatória¹⁴. As cirurgias do trato gastrointestinal também podem ser empregadas em procedimentos paliativos e no reparo de lesões ocorridas durante a citorredução¹⁵. Dessa forma, é fundamental que o cirurgião que se propõe a tratar o câncer de ovário tenha domínio técnico de diversos procedimentos cirúrgicos, que freqüentemente extrapolam a cirurgia ginecológica propriamente dita¹⁵. A realização desses procedimentos associa-se a um aumento da morbidade, restringindo as suas indicações para os casos com possibilidade de citorredução ótima^{8,9}. Esse estudo tem como objetivo avaliar a freqüência da utilização de procedimentos cirúrgicos não ginecológicos no tratamento do câncer de ovário, assim como descrever as suas complicações.

Pacientes e Métodos

Foram incluídas retrospectivamente 82 pacientes, atendidas no período de fevereiro de 1999

a outubro de 2003, submetidas a laparotomia para tratamento cirúrgico do câncer de ovário. A média de idade foi de 54,1±15,1 anos, variando de 22 a 89 anos. Todos os procedimentos cirúrgicos foram feitos pela equipe de cirurgia pélvica do Hospital das Clínicas da UFMG. Esse estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da referida instituição.

A laparotomia em estudo constituiu o tratamento primário em 51 pacientes (62,2%). Quimioterapia prévia já havia sido realizada em 22 pacientes (26,8%). Das 25 pacientes (30,5%) que haviam sido operadas previamente, 19 (23,2%) foram submetidas a histerectomia total e anexectomia bilateral e 6 (7,3%) foram submetidas à ooforectomia.

Foram incluídas no estudo apenas pacientes com adenocarcinoma epitelial de ovário. As pacientes foram estadiadas conforme as orientações da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), por laparotomia mediana, histerectomia total com anexectomia bilateral, omentectomia, biópsias peritoneais nos locais suspeitos, citologia oncótica do líquido peritoneal e linfadenectomia retroperitoneal, quando indicadas¹⁶.

As pacientes foram divididas em dois grupos: aquelas em que foram realizados exclusivamente procedimentos ginecológicos e aquelas com realização de procedimentos não ginecológicos.

Foram considerados procedimentos cirúrgicos ginecológicos: laparotomia para biópsia, ooforectomia, histerectomia, omentectomia e linfadenectomia retroperitoneal. Não ginecológicos foram considerados os procedimentos que, antes da existência de uma equipe de cirurgia pélvica, usualmente necessitavam da participação do cirurgião geral, coloproctologista ou urologista, para a sua realização. Dessa forma, foram considerados procedimentos cirúrgicos não ginecológicos: enterectomias, ressecções de cúpula frênica, esplenectomias, hepatectomias, colectomias, colostomias, ileostomias, peritonectomias pélvicas e cistectomias. A apendicectomia e colecistectomia não foram consideradas procedimentos não ginecológicos, por nem sempre serem indicadas para o tratamento específico do câncer de ovário.

As fichas preenchidas foram revisadas, sendo as informações codificadas e digitadas em banco de dados no programa SPSS para Windows versão 10.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Esse banco de dados foi empregado também para o desenvolvimento dos cálculos estatísticos. A idade foi descrita por meio de sua média, valor mínimo, máximo e desvio padrão. As análises das diferenças entre as médias foram feitas pelo teste *t* de

Student. As comparações entre grupos independentes foram feitas pelo teste do χ^2 . As diferenças ou correlações com valor de $p < 0,05$ foram consideradas significativas.

Resultados

Segundo o estadiamento (FIGO), 5 pacientes apresentavam-se no estágio I (6,1%), 18 pacientes no estágio II (21,9%), 40 pacientes no estágio III (48,8%) e 19 pacientes no estágio IV (23,2%). O tempo cirúrgico médio foi de $4,3 \pm 1,6$ horas, variando de 1 a 9 horas. Houve necessidade de hemotransfusão em 33 pacientes (40,2%). O tempo de internação hospitalar variou de 3 a 37 dias ($10,9 \pm 8,4$ dias). Complicações pós-operatórias foram observadas em 20 pacientes (24,4%), estando as principais descritas na Tabela 1. Duas pacientes (2,4%) evoluíram para o óbito devido à embolia pulmonar.

Tabela 1 - Complicações pós-operatórias nas pacientes submetidas a procedimentos cirúrgicos ginecológicos, pacientes submetidas a procedimentos cirúrgicos não ginecológicos e na totalidade dos casos.

Complicações pós-operatórias	Procedimentos ginecológicos	Procedimentos não ginecológicos	Total de pacientes
	n	n	n
Infecção do trato urinário	8	4	12
Infecção do sítio cirúrgico	4	4	8
Embolia pulmonar	2	6	6
Abscesso pélvico	2	3	5
Pneumonia	2	2	4
Evisceração	0	3	3
Óbito	0	2	2

Em 47 pacientes (57,3%) foram realizados exclusivamente procedimentos ginecológicos e em 35 casos (42,7%) realizaram-se procedimentos não ginecológicos. Os procedimentos não ginecológicos incluíram: 17 colostomias, 16 enterectomias, 8 peritonectomias pélvicas, 7 colectomias, 5 ressecções parciais de cúpula frênica, 4 cistectomias parciais, 4 esplenectomias, 2 ileostomias e 1 hepatectomia parcial.

Como ilustra a Figura 1, todas as pacientes submetidas a procedimentos não ginecológicos apresentavam estadiamentos III e IV, ao passo que apenas 34,3% das pacientes submetidas a procedimentos ginecológicos apresentavam estadiamentos III e IV ($p < 0,001$).

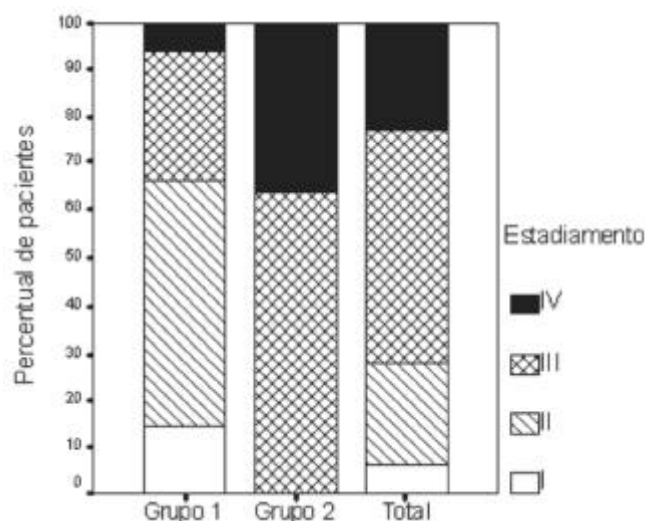


Figura 1 - Estadiamento cirúrgico do câncer de ovário (FIGO) nas pacientes submetidas a procedimentos cirúrgicos ginecológicos (grupo 1), procedimentos cirúrgicos não ginecológicos (grupo 2) e na totalidade dos casos (total).

O tempo cirúrgico médio foi superior no grupo de pacientes submetidas a procedimentos não ginecológicos ($5,3 \pm 1,4$ versus $3,1 \pm 0,9$; $p < 0,001$). Os grupos não apresentaram diferenças significativas em relação à necessidade de hemotransfusão ($42,2$ versus 40% ; $p = 0,512$). A realização de procedimentos cirúrgicos não ginecológicos associou-se a maior taxa de complicações pós-operatórias (37 versus $17,1\%$; $p = 0,042$) (Tabela 2). As duas pacientes que evoluíram para o óbito no pós-operatório pertenciam ao grupo dos procedimentos cirúrgicos não ginecológicos (Tabela 1). Os grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação ao tempo de internação médio ($11,5 \pm 7,2$ versus $10 \pm 9,9$ dias; $p = 0,454$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Avaliação dos tempos médios de cirurgia, necessidade de hemotransfusão, presença de complicações pós-operatórias e tempo de internação médio nas pacientes submetidas a procedimentos cirúrgicos ginecológicos e naquelas submetidas a procedimentos cirúrgicos não ginecológicos.

	Procedimentos ginecológicos	Procedimentos não ginecológicos	p
Tempo cirúrgico médio (horas)	$3,1 \pm 0,9$	$5,3 \pm 1,4$	$< 0,001$
Necessidade de hemotransfusão	14 (40%)	19 (42,2%)	0,512
Complicações pós-operatórias	6 (17,1%)	17 (37%)	0,042
Tempo de internação (dias)	$10 \pm 9,9$	$11,5 \pm 7,2$	0,454

As comparações entre as médias dos grupos foram feitas pelo teste *t* de Student. As comparações entre grupos independentes foram feitas pelo teste do χ^2 . As diferenças ou correlações com valor de $p < 0,05$ foram consideradas significativas.

Discussão

Esse estudo avaliou a utilização de procedimentos cirúrgicos não ginecológicos no tratamento do câncer de ovário em um centro terciário de tratamento com uma alta incidência de pacientes apresentando doença avançada ao diagnóstico. Para a obtenção de citorredução satisfatória foram utilizados procedimentos cirúrgicos não ginecológicos em 42,7% das pacientes. Isso pode ser justificado pelo estadiamento das pacientes operadas,

pois 72% das pacientes apresentavam-se nos estádios III e IV, e pelo fato de que 37,2% das pacientes já haviam sido submetidas à cirurgia e/ou quimioterapia prévias.

A maior complexidade dos procedimentos cirúrgicos não ginecológicos aumentou o tempo operatório e a incidência de complicações pós-operatórias. Estudos avaliando pacientes submetidas a procedimentos cirúrgicos não ginecológicos em câncer de ovário mostram taxas de complicações de 29,8 a 59% e mortalidade pós-operatória de até 6% (Tabela 3).

Tabela 3 - Estudos nos quais se avaliaram a morbidade e mortalidade da realização de procedimentos cirúrgicos não ginecológicos no tratamento do câncer de ovário.

Autor	Nº pacientes	Transfusão (unidades)	Tempo cirúrgico (horas)	Complicações PO(%)	Dias de internação	Mortalidade(%)
Berek et al., 1984 ²¹	72	1,28	3,5	Não avaliado	Não avaliado	0
Eisenkop et al., 1992 ²²	163	1,19	4,2	41,7	12	1,8
Tamussino et al., 2001 ¹⁵	364	Não avaliado	3,4	29,8	11	3,9
Gillette-Cloven et al., 2001 ¹¹	104	1,44	4,5	59	16	6
Silva-Filho et al., 2004* (presente estudo)	37	Não avaliado	5,6	37,8	12	5,7

*Incluídas somente as pacientes submetidas a procedimentos cirúrgicos não ginecológicos.

A maior parte dos procedimentos não ginecológicos dessa casuística envolveu o trato gastrointestinal, especialmente a realização de colostomias e enterectomias. Um trabalho, com 364 pacientes com câncer de ovário, mostrou que as cirurgias gastrointestinais são freqüentes, tendo a citorredução como principal indicação, seguida pelos quadros de obstrução intestinal¹⁵. A exenteração pélvica posterior foi descrita, em pacientes nos estádios III e IV, como alternativa para a obtenção de uma citorredução satisfatória¹⁵. Um estudo retrospectivo, com 105 pacientes portadoras de câncer de ovário nos estádios III e IV, mostrou a citorredução primária como causa de 92% das cirurgias sobre o trato gastrointestinal¹⁷.

Foram realizadas quatro esplenectomias devido à presença de implantes tumorais no hilo esplênico (3 casos) ou metástases parenquimatosas (1 caso). A indicação de esplenectomia para se obter uma citorredução satisfatória é controversa. Tal procedimento foi associado a uma alta morbidade pós-operatória em pacientes com câncer de ovário¹⁸. As complicações relacionadas a esplenectomia incluem lesão pancreática, pseudocisto de pâncreas, derrame pleural e atelectasia¹⁹. Um estudo ava-

liou 258 pacientes com câncer de ovário nas quais foram realizadas 13 esplenectomias. Esse procedimento foi considerado adequado e seguro, porém indicado apenas naquelas pacientes com possibilidade de citorredução ótima²⁰.

A peritonectomia pélvica foi realizada em 8 pacientes (9,5%). A ressecção em bloco dos ovários, útero e peritônio pélvico constitui uma alternativa cirúrgica para a obtenção de citorredução efetiva^{21,22}. Nos casos de carcinomatose peritoneal, a peritonectomia associada à quimioterapia intraperitoneal possibilita alta concentração local de drogas citostáticas²³.

Foi demonstrado que a sobrevida de pacientes com câncer de ovário operadas por um oncologista ginecológico é superior à daquelas operadas por outro especialista²². O presente estudo mostrou a alta freqüência na realização de procedimentos não ginecológicos no tratamento do câncer de ovário, sendo imprescindível ao oncologista ginecológico a realização de cirurgias gastrointestinais, proctológicas e urológicas. O domínio dessas cirurgias pode alterar, inclusive, os critérios de ressecabilidade dos tumores, propiciando à paciente maior chance de citorredução satisfatória.

Concluimos que os procedimentos cirúrgicos não ginecológicos são freqüentemente empregados no tratamento de pacientes com câncer de ovário. A realização dessas cirurgias está associada a maior tempo cirúrgico e maior taxa de complicações pós-operatórias.

ABSTRACT

Objective: *to evaluate the incidence of non-gynecological surgical procedures used in the treatment of ovarian cancer, as well to describe their complications.*

Methods: *eighty-two patients with ages from 22 to 89 (mean = 54.1 ± 15.1 years), submitted to laparotomy for surgical treatment of ovarian cancer from February 1999 to October 2003 were retrospectively evaluated. This study included only patients with epithelial ovary carcinoma. The patients were divided into 2 groups, patients submitted exclusively to gynecological procedures and patients submitted to non-gynecological procedures. Statistical analysis was made with the Student's t-test or the chi-square test.*

Results: *5 patients (6.1%) were in stage (FIGO) I, 18 (21.9%) in stage II, 40 (48.8%) in stage III, and 19 (23.2%) in stage IV. Non-gynecological procedures were done in 35 cases (42.7%), including: 17 colostomies, 16 enterectomies, 8 peritonectomies, 7 colectomies, 5 partial diaphragm resections, 4 partial cystectomies, 4 splenectomies, 2 ileostomies, and 1 hepatectomy. All patients submitted to non-gynecological procedures were included in stages III and IV. This group of patients underwent longer-lasting surgeries (5.3 ± 1.4 versus 3.1 ± 0.0 h; $p < 0.001$). There was no significant difference between these two groups regarding hemotransfusion requirement (42,2 versus 40%; $p = 0.512$) and hospitalization time (11.5 ± 7.2 versus 10 ± 9.9 days; $p = 0.454$). Patients submitted to non-gynecological surgeries developed higher rates of postoperative complications (37 versus 17.1%; $p = 0.042$), and two of them (2.4%) died.*

Conclusions: *non-gynecological surgical procedures are frequently used in the treatment of patients with ovarian cancer. These procedures are associated with a longer-lasting surgery and higher rates of postoperative complications.*

KEYWORDS: *Ovarian cancer. Cytoreduction. Surgical complications.*

Referências

1. Landis SH, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics, 1999. CA Ca-A Cancer J Clin 1999; 49: 8-31
2. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 1999. Ministério da Saúde INCA / Conprev. Rio de Janeiro, 1999. INCA.gov.br
3. Pecorelli S, Benedet JL, Creasman WT, et al. Annual report on the results of treatment in gynecological cancer. Oxford: International Federation of Gynecology and Obstetrics; 1998.
4. Ries LA, Kosary CL, Hankey BF, et al. SEER Cancer statistics review 1973-1995. Bethesda: National Cancer Institute; 1998.
5. Hillner BE, Smith TJ, Desch CE. Hospital and physician volume or specialization and outcomes in cancer treatment: importance in quality of cancer care. J Clin Oncol 2000; 18:2327-40.
6. Meigs JV. Tumors of the Female Pelvic Organs 1st ed. New York: Macmillan, 1934.
7. Munnell EW. The changing prognosis and treatment in cancer of the ovary: a report of 235 patients with primary ovarian carcinoma. Am J Obstet Gynecol 1968; 100: 790-805.
8. Ball H, Berek JS. The effect of diameter of largest residual disease on survival after primary cytoreductive surgery in patients with suboptimal residual epithelial ovarian carcinoma. Am J Obstet Gynecol 1994;170: 974-80.
9. Griffiths CT. Surgical resection of tumor bulk in the primary treatment of ovarian carcinoma. Natl Cancer Inst Monogr 1975; 42:101-4.
10. Hoskins WJ, Bundy BN, Thigpen JT, Omura GA. The influence of cytoreductive surgery on recurrence-free interval and survival in small-volume stage III epithelial ovarian cancer: a Gynecologic Oncology Group study. Gynecol Oncol 1992; 47:159-60.
11. Gillette-Cloven N, Burger RA, Monk BJ, et al. Bowel resection during primary cytoreduction. J Am Coll Surg 2001; 193:626-32.
12. Bristow RE, Tomacruz RS, Armstrong DK, Trimble EL, Montz FJ. Survival effect of maximal cytoreductive surgery for advanced ovarian carcinoma during the platinum era: a meta-analysis. J Clin Oncol 2002; 20:1248-59.
13. Pickel H, Burghardt E, Webb MJ, et al. Spread of ovarian cancer. In: Burghardt, E, editor. Surgical Gynecologic Oncology. 1st ed. Stuttgart: Thieme; 1993. p. 435-9.
14. Rutledge FN. The gynecologic oncologist. His responsibility and training. Obstet Gynecol 1972; 40:749-54.

15. Tamussino KF, Lim PC, Webb MJ, Lee RA, Lesnick TG. Gastrointestinal surgery in patients with ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2001; 80:79-84.
16. Odicino F, Favalli G, Zigliani L, Pecorelli S. Staging of gynecologic malignancies. *Surg Clin North Am* 2001; 81:753-70.
17. Eisenkop SM, Nalick RH, Teng NN. Modified posterior exenteration for ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 1991; 78:879-85.
18. Morris M, Gershenson DM, Burke TW, Wharton JT, Copeland LJ, Rutledge FN. Splenectomy in gynecologic oncology: indications, complications, and technique. *Gynecol Oncol* 1991; 43:119-22.
19. Nicklin JL, Copeland LJ, O'Toole RV, Lewandowski GS, Vaccarello L, Havenar LP. Splenectomy as part of cytoreductive surgery for ovarian carcinoma. *Gynecol Oncol* 1995; 58:244-7.
20. Bilgin T, Ozerkan K, Ozan H. Splenectomy in cytoreductive surgery for advanced ovarian cancer. *Arch Gynecol Obstet*. In press, February 2004.
21. Berek JS, Hacker NF, Lagasse LD. Rectosigmoid colectomy and reanastomosis to facilitate resection of primary and recurrent gynecologic cancer. *Obstet Gynecol* 1984; 64:715-20.
22. Eisenkop SM, Spirtos NM, Montag TW, Nalick RH, Wang HJ. The impact of subspecialty training on the management of advanced ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 1992; 47:203-9.
23. Sugarbaker PH. Successful management of microscopic residual disease in large bowel cancer. *Cancer Chemother Pharmacol* 1999; 43:Suppl: S15-25.

Recebido em: 5/2/2004

Aceito com modificações em: 3/5/2004