

GUIDELINE DE BOLSO CIRURGIA DO CÂNCER DE OVÁRIO

BASEADO NO
GUIDELINE DA ESGO PARA CIRURGIA
DO CÂNCER DE OVÁRIO

Querleu, D., Planchamp, F., Chiva, L., Fotopoulou, C., Barton, D., Cibula, D.,
... du Bois, A. (2017). European Society of Gynaecological Oncology (ESGO)
Guidelines for Ovarian Cancer Surgery. *International Journal of Gynecological
Cancer*, 27(7), 1534–1542. DOI: 10.1097/IGC.0000000000001041

ÍNDICE

Diagnóstico e avaliação pré-operatória	5
Tomada de decisão multidisciplinar especializada	5
Manejo cirúrgico do câncer de ovário Estagio I-II	6
Manejo cirúrgico do câncer de ovário Estagio III-IV	7
Informação mínima necessária	8

Este guideline está focado no papel, objetivos e padrão do manejo cirúrgico do câncer de ovário, trompa e câncer peritoneal. O manejo dos tumores não epiteliais e borderline não estão incluídos. Rastreamento e prevenção do câncer de ovário não são abordados. O diagnóstico e manejo das massas anexiais só será abordado referente aos requerimentos básicos

da avaliação pré-operatória. O manejo clínico não será abordado, uma vez que o padrão de tratamento clínico (chamado de “quimioterapia”) será definido em uma próxima conferência de consenso em colaboração com a Sociedade Europeia de Oncologia Clínica (**European Society of Medical Oncology – ESMO**)

Um processo de desenvolvimento em cinco etapas foi seguido:



Os objetivos destas diretrizes são melhorar e homogeneizar o manejo das pacientes com câncer de ovário. O guideline abrange o diagnóstico e avaliação pré-operatória, a tomada de decisão multidisciplinar especializada e o manejo cirúrgico para pacientes com idade superior a 18 anos com câncer de ovário epitelial, e fornece informações para discussão com pacientes e cuidadores.

Ele exclui o manejo de tumores borderline e não inclui qualquer análise econômica das estratégias. É esperado que qualquer médico, procurando aplicar ou consultar este guideline, use julgamento médico independente no contexto clínico individual para determinar qualquer tratamento ou cuidado a pacientes.

Para garantir que as afirmações feitas neste documento sejam baseadas em evidências, a literatura corrente foi revisada e avaliada criticamente. Uma revisão abrangente da literatura dos estudos publicados entre janeiro de 2005 e maio de 2016 foi realizada.

As diretrizes foram mantidas quando apoiadas por evidências científicas suficientes de alto nível e / ou quando um grande consenso entre os experts foi obtido.

Por definição, uma diretriz é a abordagem clínica padrão. Se uma abordagem é julgada aceitável, mas não é unanimemente reconhecida como abordagem clínica padrão, indica-se que ainda está sujeito a discussão e / ou avaliação.

Essas diretrizes possuem cinco classificações de “força de orientação” diferentes (SIGN grading system¹).

-
- A** Pelo menos uma meta-análise, revisão sistemática ou estudo clínico randomizado controlado (ECR) classificado como 1++ e diretamente aplicável à população-alvo; ou
- Um conjunto de evidências, consistindo principalmente em estudos classificados como 1+, diretamente aplicáveis à população-alvo, e com consistência geral de resultados.
-
- B** Um conjunto de evidências, incluindo estudos classificados como 2 ++, diretamente aplicáveis à população-alvo, e com consistência geral de resultados; ou
- Evidências extrapoladas de estudos classificados como 1 ++ ou 1+.
-
- C** Um conjunto de evidências, incluindo estudos classificados como 2+, diretamente aplicáveis à população-alvo e com consistência geral de resultados; ou
- Evidência extrapolada de estudos classificados como 2 ++.
-
- D** Evidência de nível 3 ou 4; ou
- Evidências extrapoladas de estudos classificados como 2+.
-
- ✓ Melhores práticas recomendadas com base na experiência clínica do grupo de desenvolvimento do guideline.
-

1++ Metanálises de alta qualidade, revisões sistemáticas de ensaios clínicos controlados randomizados (ECR) ou ECRs com muito baixo risco de viés; 2++ revisões sistemáticas de alta qualidade de estudos de caso-controle ou estudos de coorte / caso-controle de alta qualidade ou estudos de coorte com um risco muito baixo de confusão ou viés e uma alta probabilidade de que o relacionamento seja causal; 2+ estudos bem conduzidos de caso-controle ou de coorte com baixo risco de confusão ou viés e uma probabilidade moderada de que o relacionamento seja causal; 2+ estudos não analíticos, por exemplo, relatos de casos, séries de casos; 4 opinião de especialistas.

¹ <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexoldb.html>

DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

✓	Exame clínico, incluindo exame abdominal, vaginal e retal; avaliação das mamas, inguinal, axilas e fossas supraclaviculares, e ausculta pulmonar.
B	O ultrassom pélvico transabdominal e transvaginal devem ser empregados como a ferramenta primária para qualquer massa anexial.
B	Imagens complementares focadas em tórax, abdome e pelve devem ser realizadas em caso de suspeita de câncer de ovário, ou massas indeterminadas ou suspeitas observadas em ultrassom de rotina.
✓	CA125 é o marcador tumoral que deve ser realizado. HE4 pode ser solicitado. Marcadores adicionais, incluindo AFP, hCG, LDH, CEA, CA 19-9, inibina B ou HAM, estradiol, testosterona, podem ser úteis em casos específicos, como idade jovem, imagem sugestiva de lesão mucinosa, ou origem não epitelial, ou primário extra-ovariano.

TOMADA DE DECISÃO MULTIDISCIPLINAR ESPECIALIZADA

C	Mulheres com apresentação clínica não emergencial e suspeita de neoplasia maligna anexial/peritoneal devem ser referenciadas para especialista em ginecologia oncológica ² .
✓	A cirurgia é desencorajada em centros de pouco volume e baixa qualidade. É necessário ter uma unidade de cuidados intermediários e acesso a uma unidade de terapia intensiva. A participação em ensaios clínicos é um indicador de qualidade.
C	O tratamento deve ser planejado no pré-operatório em uma reunião de equipe multidisciplinar, após uma avaliação feita para descartar (1) metástases irressecáveis e (2) metástases ovarianas e peritoneais secundárias a outras neoplasias primárias quando houver suspeita por histórico familiar, sintomas, achados radiológicos, ou pela relação CA125/CEA. O consentimento informado da paciente deve ser obtido.
✓	Todas as pacientes devem ser revistas no pós-operatório, em uma reunião de equipe multidisciplinar em ginecologia oncológica.

² Ginecologistas oncológicos certificados ou, em países onde a certificação não é organizada, cirurgiões treinados dedicados ao tratamento do câncer ginecológico (mais de 50% de sua prática) ou que completaram um treinamento (fellowship) acreditado pela ESGO.

MANEJO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE OVÁRIO ESTAGIO I-II (ALGORITMOS 1-2)

B	Laparotomia mediana é recomendada para o manejo cirúrgico do câncer de ovário inicia. Pacientes aparentemente com estagio I potencialmente podem ser manejadas laparoscopicamente por um ginecologista oncológico com o expertise apropriado para realizar uma cirurgia adequada de estadiamento por laparoscopia. Ruptura de um tumor intacto com vazamento de células tumorais no momento da dissecação e extração do espécime devem ser evitadas.
B	Ruptura intra-operatória de uma massa anexial ainda não rompida deve ser evitada.
B	A disponibilidade do exame de congelação pode permitir que a avaliação cirúrgica necessária seja completada no momento da cirurgia inicial. Entende-se que o exame de congelação pode não ser conclusivo e que a patologia definitiva é o padrão-ouro do diagnóstico.
✓	Na ausência de exame de congelação ou no caso de um exame de congelação inconclusivo, um procedimento em duas etapas deve ser preferido.
✓	A histerectomia total e a salpingo-ooforectomia bilateral são padrão.
C	Cirurgia preservadora de fertilidade (salpingo-ooforectomia unilateral) deve ser oferecida a pacientes pré-menopáusicas selecionadas que desejam fertilidade ³ .
B	O re-estadiamento laparoscópico é uma abordagem aceitável se realizada por um ginecologista oncológico com conhecimentos adequados para realizar uma avaliação completa.
✓	Recomenda-se avaliação visual de toda a cavidade peritoneal.
C	Lavado peritoneal ou citologia, coletadas antes da manipulação do tumor, são recomendadas.
C	Quando não se encontram implantes suspeitos na pelve, regiões paracólicas e subdiafragmáticas, são recomendadas biópsias peritoneais às cegas.
C	Omentectomia infracólica, ao menos, é recomendada.
B	É recomendada linfadenectomia pélvica bilateral e para-aórtica até o nível da veia renal esquerda (com exceção dos adenocarcinomas mucinosos, do tipo expansível, em estágio I).
✓	Quando um carcinoma precoce é encontrado incidentalmente na cirurgia para uma condição suspeita de "benigna", um segundo procedimento cirúrgico será necessário caso a paciente não tenha sido completamente estadiada.
✓	Nova cirurgia para o único propósito de realizar apendicectomia não é obrigatória mesmo em caso de histologia mucinosa se o apêndice tiver sido examinado e considerado normal.

³ A discussão sobre a fertilidade deve ser mencionada no prontuário da paciente; A decisão final é feita após uma cirurgia de estadiamento completa com base no estágio e grau finais: a preservação da fertilidade é aceita no caso de estágio IA ou IC1, carcinoma seroso de baixo grau ou endometriode, ou tumores mucinosos do tipo expansível; outros subestágios do estagio I ou subtipos patológicos, sujeitos a decisão individualizada; A preservação uterina com salpingo-ooforectomia bilateral pode ser considerada em pacientes jovens selecionados com carcinoma invasivo de baixo risco estagio IB e biópsia endometrial normal, mas isso não é o tratamento padrão, e há poucos dados para apoiar esta abordagem.

MANEJO CIRÚRGICO DE CÂNCER DE OVÁRIO ESTAGIOS III-IV (ALGORITMOS 2-3)



Laparotomia mediana é necessária para casos de câncer de ovário estágio III-IV.

A

O objetivo do manejo cirúrgico é a remoção de toda a doença visível. O emprego de cirurgia incompleta como opção voluntária (primária ou de intervalo) é desaconselhável.



Os critérios que contraindicam citorredução abdominal são:

- Infiltração difusa e profunda da raiz do mesentério;
- Carcinomatose difusa comprometendo grande extensão de intestino delgado, demandando ressecção extensa de alças, com potencial de síndrome de intestino curto (intestino remanescente <1,5m);
- Envolvimento difuso/infiltração profunda de
 - Estômago/duodeno (a ressecção parcial é possível), e
 - Cabeça ou terço médio do pâncreas (a cauda do pâncreas pode ser removida);
- Envolvimento do tronco celíaco, artérias hepáticas, artéria gástrica esquerda (os linfonodos do tronco celíaco podem ser removidos).



Doença metastática (estádio IVB) pode ser ressecável. Metástases hepáticas centrais ou multisegmentares, múltiplas metástases pulmonares (preferencialmente com comprovação histológica), metástases nodais irrissecáveis, e múltiplas metástases cerebrais são irrissecáveis.

A

A cirurgia primária é recomendada para pacientes que podem ser operadas de forma completa (até ausência de doença macroscópica ao término da cirurgia) de início, com taxas de complicações aceitáveis.



A relação risco-benefício é à favor da cirurgia quando:

- Não há extensão tumoral irrissecável
- A citorredução completa até ausência de doença residual visível parece factível com morbidade aceitável, considerando o estado geral da paciente. As decisões devem ser individualizadas e fundamentadas em diversos parâmetros⁴.
- A paciente aceita o eventual emprego de recursos como transfusão de sangue e estomas.

A

A cirurgia de citorredução de intervalo deve ser proposta a pacientes em bom estado geral para cirurgia, com resposta ou doença estável, compatível com ressecção completa.



Se uma paciente não teve oportunidade de cirurgia após 3 ciclos de quimioterapia, então uma cirurgia posterior, após mais 3 ciclos de quimioterapia neoadjuvante poderá ser considerada, em casos individualizados.



Uma paciente com tumor inoperável que progride durante a quimioterapia neoadjuvante não deve ser operada, excetuando com intenção de paliar sintomas que não podem ser controlados de forma conservadora. Recomenda-se realizar revisão anatomopatológica cuidadosa dos tumores tipo adenocarcinoma seroso (possivelmente baixo grau) e investigação adicional para adenocarcinoma mucinoso (possivelmente secundário do trato gastrointestinal), quando aplicável nesta circunstância.

⁴ Exemplos de doença extra-abdominal potencialmente ressecáveis:

- Linfonodos inguinais ou axilares,
- Nódulos retrocruiral ou paracardico,
- Envolvimento pleural parietal focal,
- Metástase pulmonare parenquimatosa isolada.

Exemplos de metástases parenquimatosas intra-abdominais ressecáveis:

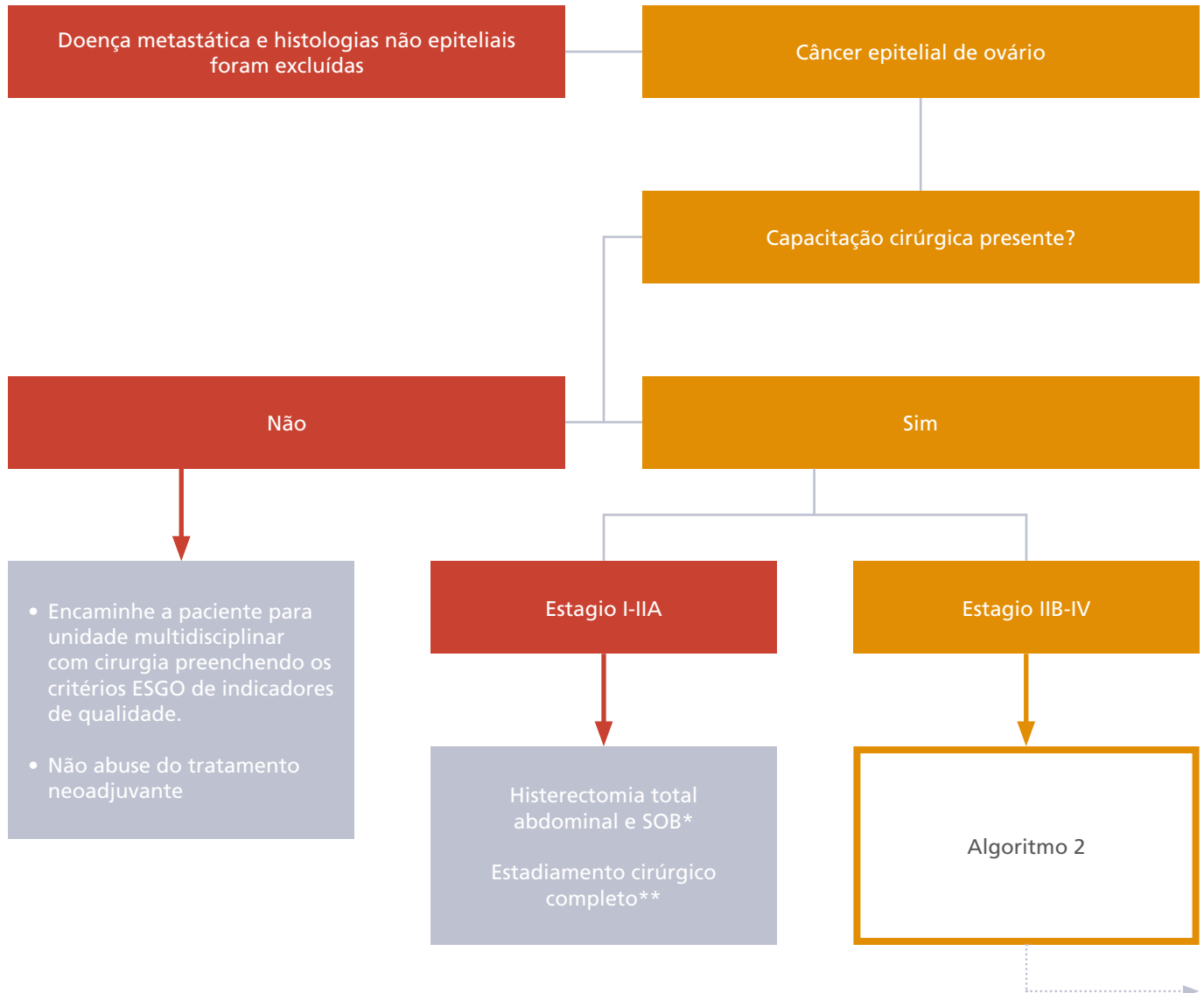
- Metástases esplênicas,
- Metástases capsulares do fígado,
- Metástase hepática profunda única, dependendo da localização.

INFORMAÇÃO MÍNIMA NECESSÁRIA

- ✓ Toda informação necessária sobre localização e tamanho da doença, padrões de disseminação tumoral, ressecções realizadas e doença residual deve estar disponível na descrição cirúrgica.
- ✓ A descrição cirúrgica deve ser sistematicamente estruturada. Os padrões de disseminação tumoral com localização e tamanho das lesões tumorais devem ser detalhados no início da descrição cirúrgica.
- ✓ Todas as áreas da cavidade abdominal e pélvica devem ser avaliadas e descritas.
- ✓ Todos os procedimentos cirúrgicos realizados devem ser mencionados.
- ✓ Se houver, o tamanho e a localização da doença residual devem ser descritos no final da descrição cirúrgica. Os motivos para não atingir uma citorredução completa devem ser definidos.
- ✓ No mínimo deve estar presente a informação contida na descrição cirúrgica da ESGO.
- ✓ O laudo anatomopatológico deve conter toda a informação necessária⁵.
- ✓ Morbidade e mortalidade cirúrgicas devem ser avaliadas e registradas, e casos selecionados devem ser discutidos em reuniões sobre morbidade e mortalidade.

⁵ Tipo e grau histológico, performance status, estado nutricional, nível de albumina, comorbidades, avaliação oncogeriátrica quando cabível, exames de imagem e/ou laparoscopia ou laparotomia exploratórias, localização da doença, e número de anastomoses intestinais.

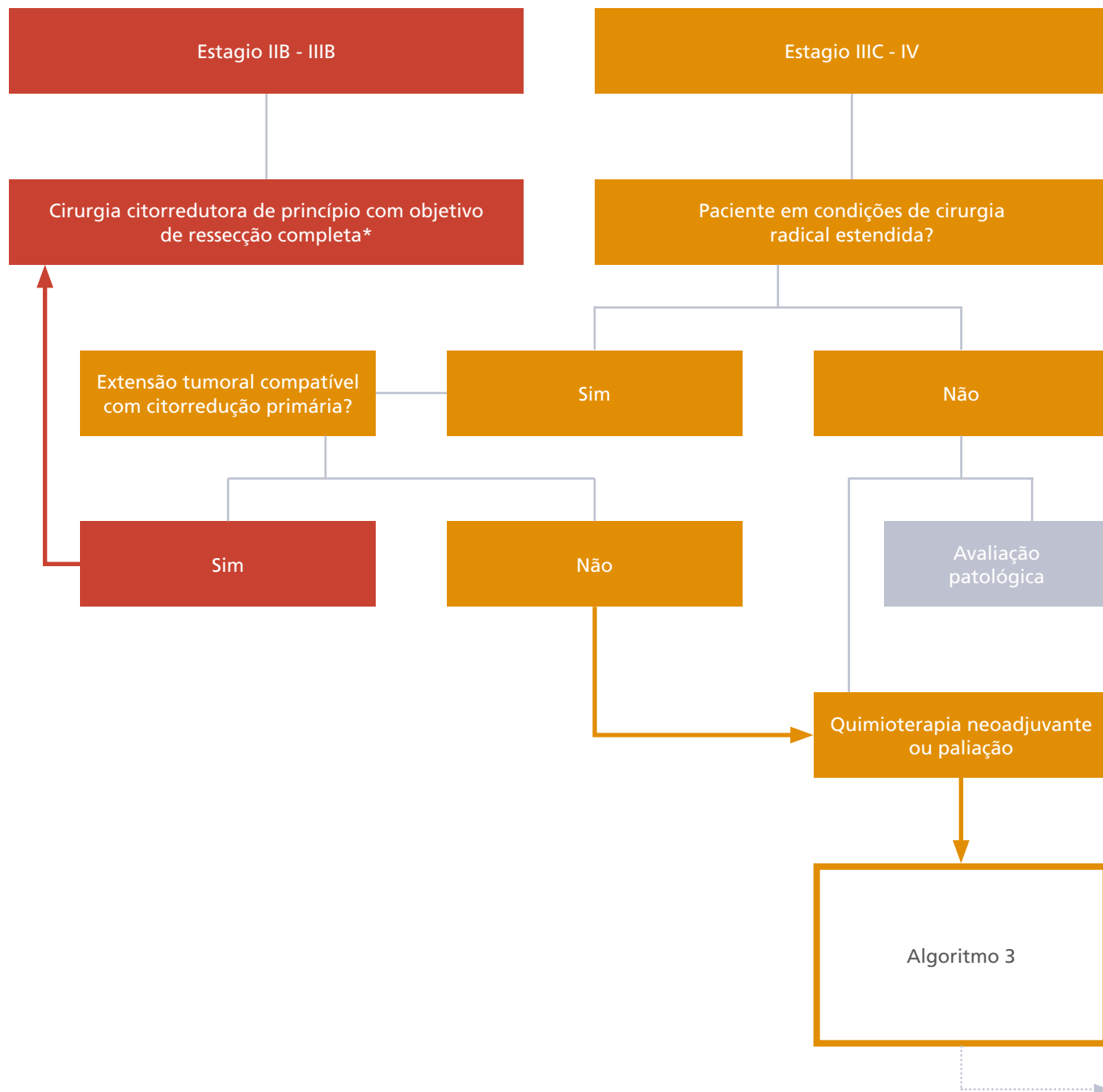
ALGORITMO 1 PARA CIRURGIA DO CÂNCER EPITELIAL DE OVÁRIO



* Considerar preservação de fertilidade em pacientes jovens

** Com exceções para o estadiamento retroperitoneal (veja as recomendações específicas em cirurgia do câncer de ovário inicial)

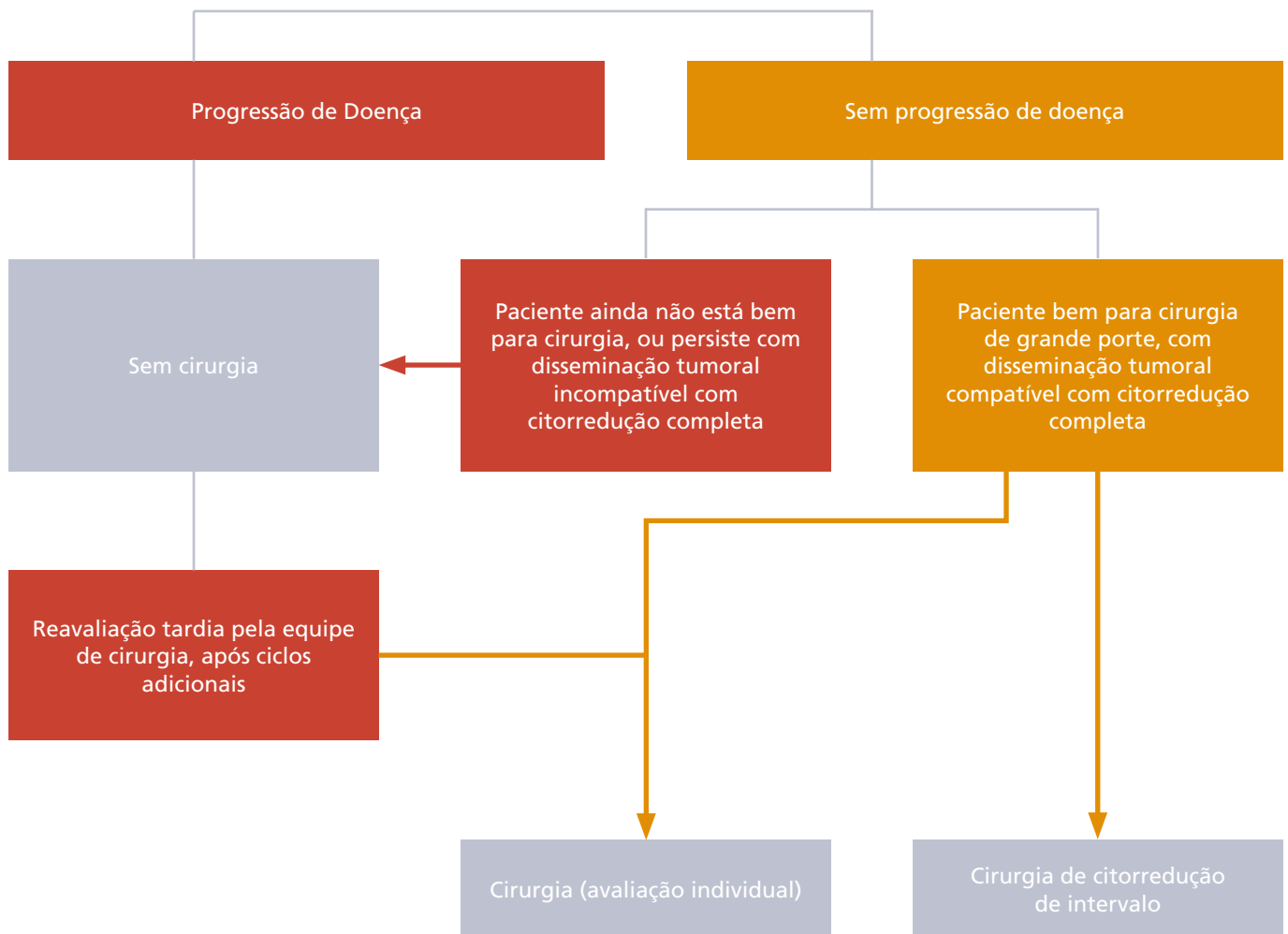
ALGORITMO 2 PARA CIRURGIA DO CÂNCER EPITELIAL DE OVÁRIO



* Com exceções para IIIB (ex., paciente em condição clínica ruim ou doença miliar muito extensa no intestino para as quais quimioterapia neoadjuvante pode ser preferida)

ALGORITMO 3 PARA CIRURGIA DO CÂNCER EPITELIAL DE OVÁRIO

Quimioterapia neoadjuvante 3 ciclos



A ESGO gostaria de agradecer ao grupo de desenvolvimento internacional pela sua disponibilidade constante, trabalho, e por tornar possível o desenvolvimento deste guideline para o manejo cirúrgico de pacientes com câncer de ovário. A ESGO também é muito grata aos 66 revisores externos pela sua participação (lista disponível no website da ESGO).

A ESGO também deseja expressar sincera gratidão ao Institut National du Cancer (França) por prover a maior parte dos fundos para este trabalho.

Name	Especialidade	Affiliation
Denis Querleu	Cirurgião (chair)	Institut Bergonié, Bordeaux (França)
François Planchamp	Metodologista (co-chair)	Institut Bergonié, Bordeaux (França)
Giovanni Aletti	Ginecologista oncológico	European Institute of Oncology, Milão (Itália)
Desmond Barton	Ginecologista oncológico	Royal Marsden Hospital, Londres (Reino Unido)
Silvestro Carinelli	Patologista	European Institute of Oncology, Milão (Itália)
Luis Chiva	Ginecologista oncológico	Anderson Cancer Centre, Madri (Espanha)
David Cibula	Ginecologista oncológico	Charles University Hospital, Praga (República Checa)
Karen Creutzberg	Radio-oncologista	Leiden University Medical Centre, Leiden (Holanda)
Ben Davidson	Patologista	Norwegian Radium Hospital, Oslo (Noruega)
Andreas du Bois	Ginecologista oncológico	Kliniken Essen-Mitte, Essen (Alemanha)
Christina Fotopoulou	Ginecologista oncológico	Imperial College London, Londres (Reino Unido)
Philip Harter	Ginecologista oncológico	Kliniken Essen-Mitte, Essen (Alemanha)
Eric Leblanc	Cirurgião	Centre Oscar Lambret, Lille (França)
Lene Lundvall	Ginecologista oncológico	Rigshospitalet, Copenhagen (Dinamarca)
Christian Marth	Ginecologista oncológico	Innsbruck Medical University, Innsbruck (Austria)
Philippe Morice	Cirurgião	Institut Gustave Roussy, Villejuif (França)
Arash Rafii	Cientista clínico	Weill Cornell Medical College in Qatar, Doha (Qatar)
Isabelle Ray-Coquard	Oncologista clínico	Centre Léon Bérard, Lyon (França)
Andrea Rockall	Radiologista	Imperial College London, Londres (Reino Unido)
Christiana Sessa	Oncologista clínico	Oncology Institute of Southern Switzerland, Bellinzona (Suíça)
Ate van der Zee	Ginecologista oncológico	University Medical Centre, Groningen (Holanda)
Ignace Vergote	Ginecologista oncológico	University Hospitals, Leuven (Bélgica)

Este guideline foi traduzido para o português por Reitan Ribeiro, Audrey T. Tsunoda e Leonardo M. Campbell em parceria com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica.

Acesse as Diretrizes completas da ESGO



Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste livro pode ser reimpressa, reproduzida, transmitida ou utilizada de qualquer forma por qualquer meio eletrônico, mecânico ou outro, agora conhecido ou, a seguir, inventado, incluindo fotocópias, microfilmagem e gravação, ou qualquer sistema de armazenamento ou recuperação de informações, sem permissões escritas da ESGO.

Foram feitos esforços razoáveis para publicar dados e informações confiáveis, mas os autores e editores não podem assumir a responsabilidade pela validade de todos os materiais ou pelas consequências de seu uso, e a responsabilidade final cabe ao médico prescritor.



ESGO Office
7, Rue François-Versonnex
1211 Geneva 6, Switzerland
Email: adminoce@esgomail.org
www.esgo.org