

EXENTERAÇÃO PÉLVICA NO CANCRO GINECOLÓGICO

Retrospectiva de dez anos*

SUELI PINELO, ALMERINDA PETIZ, CONCEIÇÃO DOMINGUES, CARLOS LOPES, ANTÓNIO ALVES, RUI FAEL
Serviço de Ginecologia. Instituto Português de Oncologia. Porto.

RESUMO

Resumo: a exenteração pélvica consiste num procedimento cirúrgico radical utilizado para o tratamento de patologia oncológica avançada, mas limitada à pelve central. Pode ser realizada como tratamento primário de lesões que obedecem a estes critérios, ou, como mais frequentemente acontece, para tratamento de cancro ginecológico recorrente após tratamento prévio com quimioterapia e/ou radioterapia.

Material e métodos: foi efectuada uma revisão dos processos das doentes submetidas a exenteração pélvica por neoplasia ginecológica no Instituto Português de Oncologia – Porto (IPO – Porto) no período compreendido entre Janeiro 1995 – Abril 2005.

Resultados: neste período foram realizadas vinte e uma exenterações. A idade média das doentes foi de 55,7 anos.

As exenterações foram realizadas para tratamento de 18 carcinomas persistentes / recorrentes e em três como tratamento primário: 67% (n=14) foram realizadas em doentes com cancro do colo uterino; 9,5% (n=2) em doentes com cancro recorrente do útero, em um caso de cancro recorrente da vulva e em um da vagina. Como tratamento primário foi realizada em um caso de carcinoma da vulva, um carcinoma síncrono de endométrio e recto e um carcinoma da vagina.

Entre os casos estudados verificou-se que foram realizadas nove exenterações anteriores, três posteriores e nove totais. A duração média do internamento foi de 27 dias. As complicações pós-operatórias mais frequentes foram as associadas às derivações urinárias. Após a intervenção cirúrgica verificou-se que 19% (n=4) das doentes apresentavam persistência da lesão, e que 24% (n=5) apresentavam recorrências da sua doença num intervalo médio de 12,4 meses. As doentes apresentam um *follow-up* médio de 29 meses e entre os casos estudados, 10 (47%) encontram-se em vigilância no IPO - Porto sem evidência de doença clínica.

Conclusões: a exenteração pélvica constituiu na amostra estudada uma alternativa terapêutica curativa em doentes com cancro ginecológico avançado e limitado à pelve central.

Palavras-chave: exenteração, cancro ginecológico

*Trabalho apresentado na forma de Comunicação Oral no X Congresso Português de Ginecologia, Junho 2005

SUMMARY

PELVIC EXENTERATIONS FOR GYNAECOLOGICAL CANCER

– a 10 year institutional review

Abstract: pelvic exenteration consists in a radical surgical procedure for patients with advanced cancer but limited to central pelvis. It is used for treatment of primary or recurrent tumours, or, more usually in treatment of recurrent cervical cancer.

Material and methods: retrospective study of medical charts of patients underwent pelvic exenteration for gynaecological cancer between January 1995 and April 2005.

Results: Twenty-one pelvic exenterations were performed in this period. The mean age of the patients was 55.7 years. Indication for surgery included 14 (67%) recurrent cervical cancers; 2 uterine cancers (recurrent), 2 vulvar cancer (one recurrent and one primary), 2 vagina carcinoma (one primary and one recurrent) and one patient with synchronous recto and uterine tumours.

Exenteration was nine anterior, 3 posterior and 9 totals. The median length of hospitalization was 27 days. Most common postoperative complications were associated with urinary diversion. After surgery 19% of patients develops persistent lesion, 24% develops recurrent lesion with a middle free interval of 12.4 months. After a median follow-up of 29 months, 10 patients (47%) are alive and free of disease.

Conclusion: pelvic exenteration can be offered as a surgical salvage therapy to patients with locally advanced gynaecological cancer.

Key-words: exenteration, gynaecological cancer.

INTRODUÇÃO

As exenterações pélvicas constituem um procedimento cirúrgico radical descrito pela primeira vez por Brunschwig em 1948¹ que consiste na remoção dos órgãos pélvicos (útero, ovários, vagina, bexiga, e recto-sigmóide). Trata-se da cirurgia oncológica mais radical que, quando descrita, apresentava uma mortalidade de 23%.

Bricker *et al*² descreveram posteriormente um procedimento com o objectivo de realizar uma derivação urinária após remoção da bexiga com recurso a um segmento de íleo fixado à direita do abdómen com a colostomia do lado esquerdo.

Em ginecologia, a maioria das exenterações são realizadas em cancro do colo uterino recorrentes e com menor frequência é utilizada no tratamento de câncros primários, persistentes ou recorrentes do útero, vagina e vulva. Ocasionalmente pode ser utilizada para tratamento de complicações associadas à radioterapia (rectite ou cistite rádica, fistulas, etc).

Nas doentes oncológicas submetidas previamente a radioterapia e com doença limitada à pelve central, a exenteração constitui o único tratamento curativo existente.

A mortalidade cirúrgica actualmente descrita para o procedimento ronda os 3-5% com uma sobrevida aos cin-

co anos de 20-50%³.

É imprescindível a confirmação histológica da recorrência (nos casos de câncros recorrentes) e uma exaustiva pesquisa de doença para fora da pelve central pois isto não só compromete os resultados cirúrgicos como constitui uma contra-indicação à cirurgia.

Encontra-se descrita a tríada sintomática constituída por edema unilateral do membro inferior, hidronefrose e ciatalgia como indicativo de doença que atinge a parede lateral da pelve e constituindo assim uma contra-indicação à cirurgia.

O exame físico nas doentes submetidas previamente à radioterapia pode ser pouco esclarecedor, e o recurso aos meios auxiliares de diagnóstico apresenta limitações, Miller *et al* no seu estudo referem que até 28% das doentes propostas para exenteração pélvica não o fizeram por constatação de doença irrissecável durante o procedimento⁴.

Zeisler *et al*⁵ estudaram a sensibilidade dos meios auxiliares de diagnóstico na avaliação pré-operatória da extensão tumoral e concluiu que o diagnóstico de invasão da bexiga por cistoscopia tem uma sensibilidade de 22,5% e de 55,6% por urografia endovenosa ou TAC. A sensibilidade de diagnóstico de invasão do recto por endoscopia e TAC foi de 33%.

Mais recentemente a realização de tomografia de emissão de positrões (PET) veio melhorar significativamente a selecção de doentes de forma que *Lai et al* compararam os resultados do TAC/RMN com os do PET na detecção de lesões metastáticas, apresentando o último uma sensibilidade de 92% vs 60%^{6,7}.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi efectuado um estudo retrospectivo através da consulta de processos clínicos, de todas as doentes submetidas à exenteração pélvica por neoplasia ginecológica entre Janeiro 1995 e Abril 2005.

A avaliação pré-operatória da extensão da doença incluiu cistoscopia, recto-sigmoidoscopia, TAC/RMN abdominopélvica; RX tórax e nos casos mais recentes tomografia de emissão de positrões. Todas as doentes apresentavam confirmação histológica da sua neoplasia; a execução de exame extemporâneo dos gânglios lombo-aórticos foi realizada por rotina para exclusão de doença fora da pelve.

As exenterações foram realizadas por equipas de ginecologistas com o apoio de urologistas quando foi realizada uma derivação urinária ou de cirurgião plástico quando foi realizada a reconstrução vaginal.

Foram avaliados o tipo de cirurgia, indicação, complicações peri-operatórias, duração de internamento, complicações pós-operatórias precoces e tardias, morbi-mortalidade, intervalo livre de doença, persistência de lesão, recorrência e sobrevida.

RESULTADOS

Realizaram-se durante este período um total de 21 exenterações. A idade média das doentes foi de 55,7 anos (máximo 74, mínimo de 41). Foi utilizada no tratamento de tumor primário em 14% (n=3), no tratamento de tumor recorrente em 71,4% (n=15) e em 9,5% de tumores persistentes (n=2). Nos casos de tumor recorrente a média em meses do intervalo livre de doença foi de 89 (mínimo de 10, máximo de 216). Os dois casos de tumores persistentes eram cancros do colo uterino tratados previamente com radioterapia. Havia sido submetidas previamente à radioterapia 71,4% das doentes (n=15). Uma das exenterações foi realizada com o intuito de tratar complicações graves de radioterapia em doente tratada de cancro do colo uterino.

As exenterações para tratamento de cancro primário foram realizadas em um caso de cancro da vulva, um do endométrio e um da vagina.

As exenterações para tratamento de cancro recorrente foram realizadas em 11 casos (52%) cancro do colo uterino, dois casos de cancro uterino e um caso de cancro da

vagina e outro da vulva.

Realizaram-se nove exenterações anteriores, nove totais e três posteriores. Foram realizadas concomitantemente duas enterectomias segmentares (tratamento de sequelas de radioterapia); uma vulvectomy em bloco com linfadenectomia inguinal bilateral; quatro reconstruções vaginais com enxerto de músculo Gracilis; 12 colostomias e 18 derivações urinárias (13 ureterostomias percutâneas e cinco operações de Bricker).

As complicações peri-operatórias ocorreram em 42% das doentes e encontram-se descritas no Quadro I.

Quadro I - *Complicações peri-operatórias*

	42% (n=9)	Tratamento
Laceração ansa intestinal	1 (4,7%)	Rafia
Laceração vasos Iliacos	1 (4,7%)	Tamponamento pélvico total
Hemorragia		
Moderada	3 (14%)	Transfusão de hemoderivado:
Grave	4 (19%)	

A duração média do internamento foi de 27 dias (máximo 90; mínimo 13).

Os resultados histológicos mostraram que a maioria dos tumores (13/21) eram escamo-celulares; que 4/21 eram adenocarcinomas, e um caso era um sarcoma; em três casos encontraram-se sequelas de radioterapia sem sinais de malignidade. Confirmou-se que a maioria das doentes apresentava tumor limitado à pelve, mas em duas doentes verificou-se durante a cirurgia a presença de tumor para além da pelve central.

As complicações pós-operatórias foram divididas em precoces e tardias de acordo com o seu aparecimento antes ou depois das doze semanas. As complicações precoces surgiram em 19 doentes e encontram-se descritas no Quadro II. As complicações pós-operatórias tardias encontravam-se relacionadas maioritariamente com o funcionamento ou complicações associadas às derivações urinárias – encontram-se descritas no Quadro III.

Quadro II - *Complicações pós-operatórias precoces*

	N=19	Tratamento
Infecção da neovagina	3 (14%)	Médico
Suboclusão intestinal	3 (14%)	Médico
Pielonefrite	3 (14%)	Médico
Trombose venosa profunda	2 (9,5%)	Médico
Septicemia	2 (9,5%)	Médico
Infecção ferida operatória /deiscência	2 (9,5%)	Médico
Abcesso supraperineal	1 (4,7%)	Médico
Úlcera perineal	1 (4,7%)	Cirúrgico
Coagulopatia de consumo	1 (4,7%)	Médico-cirúrgico
Paresia membro inferior	1 (4,7%)	Médico
AVC do tronco cerebral	1 (4,7%)	Médico
Insuficiência renal aguda	1 (4,7%)	Médico

Quadro III – Complicações pós-operatórias tardias

	N=18	Tratamento
Complicações com funcionamento da derivação urinária	12 (57%) - 7 (33%) - 5 (24%)	Médico Cirúrgico
Pielonefrites de repetição	3 (14%)	Médico
Insuficiência renal	3 (14%)	Médico
Oclusão intestinal	3 (14%)	Cirúrgico
Sépsis	2 (9,5%)	Médico
Suboclusão intestinal	1 (4,7%)	Médico
Fístula ureter-iliaca	1 (4,7%)	Cirúrgico

Quatro doentes necessitaram de ser re-intervencionadas cirurgicamente após o procedimento cirúrgico. Três doentes foram operadas por oclusões intestinais e foram realizadas uma jejunocolostomia e duas enterectomias com colostomias derivativas. A quarta doente que necessitou de re-intervenção cirúrgica teve como complicação uma fístula uréter-iliaca, tendo sido submetida à correção da fístula e a nefrectomia homolateral.

O *follow-up* médio das doentes em meses foi de 29 (máximo de 110; mínimo de três). Encontram-se vivas e sem evidência de doença 10 doentes (47%); cinco doentes tiveram recorrência da doença (quatro localmente; uma à distância) com progressão e óbito; nestas o intervalo livre de doença médio em meses foi de 12,4. Quatro doentes tiveram persistência da doença apesar do tratamento efectuado, com óbito pela doença. Duas doentes tiveram óbito 6 e 10 meses após a cirurgia por complicações associadas à mesma (oclusão intestinal e fístula uréter-iliaca).

Quando os resultados foram avaliados de acordo com o tipo de tumor, verificou-se que (Quadro IV), duas doentes foram operadas por tumores da vagina; duas doentes foram operadas por tumores uterinos; uma doente apresentava tumores primários síncronos do endométrio e recto; duas doentes foram operadas por tumores vulvares.

Quadro IV – Resultados por tipo de tumor

Origem	Tratamento	Histologia	Exenteração	Tumor limitado à pelve	Follow-up (meses)	Sobrevida (meses)
Vagina	Primário	Escamocelular	Total	Sim	11	11
	Recorrente	Escamocelular	Anterior	Sim	50	Viva e sem evidência de doença
Uterino	Recorrente	Adenocarcinoma	Anterior	Não	2	2
	Recorrente	Sarcoma estroma endometrial	Total	Sim	110	Viva e sem evidência de doença
Útero + recto	Primário Síncrono	Adenocarcinoma	Posterior	Sim	8	8
Vulva	Primário	Escamocelular	Posterior	Não	5	5
	Recorrente (2 ^a)	Escamocelular	Anterior	Sim	25	25

Entre as 14 doentes tratadas por carcinoma do colo uterino (Quadro V), 13 (93%) apresentavam tumores re-

correntes / persistentes após tratamento com radioterapia. Uma doente apresentava sequelas graves de radioterapia tendo efectuado a exenteração por este motivo. A idade média destas doentes era de 52 anos (mínimo 41, máximo 67). Foram realizadas seis exenterações anteriores, uma posterior e sete totais.

Quadro V – Resultados no cancro do colo uterino

Tumor persistente / recorrente	13 (93%)
Tratamento sequelas RTP	1 (7%)
Radioterapia prévia	14 (100%)
<i>Follow-up</i> (média em meses)	28,3 (máx 107; mín 3)
Vivas e sem evidência de doença	8 (57%)
Desconhecido	1 (7%)
Óbitos	5 (35,7%)
Intervalo cirurgia-óbito (média em meses)	14,6

O tipo histológico (Quadro VI) foi em 12 casos escamocelular e em dois casos adenocarcinoma. As doentes tiveram um *follow-up* médio de 28,3 meses; oito doentes (57%) encontram-se vivas em vigilância e seis doentes tiveram óbito com um intervalo médio cirurgia-óbito de 14,6 meses.

Quadro VI – Resultados histológicos no carcinoma colo uterino

	Nº de casos
Carcinoma limitado à pelve	11 (78%)
Sequelas de RTP	3 (22%)
Margens positivas	2 (14%)
Gânglios	Negativos (n=14)
Intervalo livre doença <1 ano	2 (14%)
Tumor > 3 cm	2 (14%)

DISCUSSÃO

Nas doentes com doença oncológica ginecológica limitada à pelve central, a realização de um procedimento cirúrgico radical como a exenteração constitui por um lado a forma exequível de tratamento da progressão tumoral e consequentes complicações (hemorragias, hidronefrose / insuficiência renal, edema dos membros inferiores, dores, etc.), por outro lado, principalmente naquelas doentes que já foram submetidas previamente à radioterapia (que na nossa série constituíam 71% das doentes), consiste na única arma terapêutica curativa, uma vez que a possibili-

dade da radioterapia já foi esgotada, e a quimio-sensibilidade em tumores previamente irradiados é limitada⁸.

A morbidade pós-operatória das exenterações é elevada, e inclui hemorragias peri-operatórias, trombo-embolismo, complicações relacionadas com anestesia e pulmonares. Uma importante complicação exclusiva das exenterações relaciona-se com a presença das paredes e pavimento pélvico desnudados favorecendo a celulite pélvica e abscesso ou a oclusão intestinal e fistulização por fortes aderências que se formam às paredes pélvicas.

As complicações a longo prazo mais importantes, como as encontradas na nossa série, são as relacionadas com as derivações urinárias: infecções urinárias recorrentes, obstrução e pielonefrites com uma frequência descrita de complicações pós-operatórias tardias de 20% e com uma necessidade de re-intervenção cirúrgica de 42%⁹. Estas complicações são frequentes e podem ser severas pelo que a manutenção adequada e vigilância do estoma são importantes para otimizar a qualidade de vida das doentes e preservar a função renal¹⁰.

É de maior importância a selecção adequada de doentes. Na nossa série duas doentes apresentavam doença para fora da pelve central que não foi diagnosticada pelos meios auxiliares utilizados, que em nenhum dos casos incluiu a PET por serem casos anteriores a 2003, quando este meio complementar de diagnóstico não se encontrava disponível no IPO – Porto. Apesar de nestes casos (carcinoma primário vulva estágio IVb; carcinoma recidivante endométrio com gânglios ilíacos positivos) terem sido efectuadas cirurgias aparentemente curativas, sem aparente tumor residual pélvico, não é possível excluir que à data da cirurgia não existisse tumor extrapélvico que justificasse os resultados desfavoráveis nestas doentes.

O carcinoma do endométrio com recorrência pélvica central é raro e associa-se frequentemente a uma elevada incidência de doença extrapélvica oculta como no caso descrito. A sobrevida global aos cinco anos após exenteração é de 14%¹¹.

Aproximadamente 25% das doentes com cancro do colo ou da vagina tratadas com radioterapia desenvolvem doença recorrente¹² assim são as recorrências de carcinoma do colo uterino, como seria esperado, a principal indicação para exenteração pélvica, sendo também nestas doentes que se obtiveram melhores resultados (57% doentes vivas em vigilância).

A sobrevida global do carcinoma do colo recorrente após exenteração anterior é de 33-60%; após exenteração posterior é de 20-46%, porém se gânglios pélvicos forem positivos a sobrevida diminui para inferior a 5%¹³, daí a importância da realização por rotina do exame extemporâ-

neo dos gânglios lombo-aórticos de forma a evitar que doentes aparentemente elegíveis para o procedimento sejam submetidos a uma cirurgia que não lhes ofereça possibilidade de cura.

As exenterações esporadicamente podem ser utilizadas no tratamento de carcinomas da vulva primário ou recorrente, sendo porém a avançada faixa etária geralmente abrangida por este tipo de tumores uma contra-indicação relativa à exenteração. O carcinoma vulva avançado, estágio IV, apresenta uma sobrevida de 20-29% aos cinco anos¹⁴ associando-se o tratamento cirúrgico e radioterapia, sendo que a radioterapia isolada porém apresenta mau controlo da doença. Apesar de a idade constituir uma contra-indicação relativa à exenteração, em certo tipo de doentes com doença limitada à pelve central (o que não se confirmou num dos casos desta amostra) esta apresenta-se novamente como a única alternativa terapêutica curativa.

A selecção mais adequada das doentes permitida pelos avanços recentes em termos de imagiologia e diagnóstico de doença à distância, antes não possível com os exames convencionais de estadiamento, aliados a melhoria da técnica cirúrgica e redução da morbidade das derivações urinárias poderão contribuir de forma decisiva para a melhoria do prognóstico deste restrito grupo de doentes oncológicas que de outra forma não dispõem de outro tratamento curativo e não paliativo.

BIBLIOGRAFIA

- BRUNSCHWIG A: Complete excision of pelvic viscera for advanced carcinoma. *Cancer* 1948; 1:177-83.
- BRICKER EM, BUTCHER HR JR., MCAFEE CA: Late results of bladder substitution with isolated ileal segments. *Surg Gynecol Obstet* 1954; 99:469.
- HUSAIN A, TENG N: Pelvic exenteration. *Emedicine* Sep 2004; 3332HTM.
- MILLER B, MORRIS M, RUTLEDGE F et al: Aborted exenterative procedures in recurrent cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1993; 50:94-9.
- ZEISLER H, JOURA EA, MOESCHL P et al: Preoperative evaluation of tumor extension in patients with recurrent cervical cancer. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76:474-477.
- UNGER JB, IVY JJ, CONNOR P et al: Detection of recurrent cervical cancer by whole-body FDG-PET scan in asymptomatic and symptomatic women. *Gynecol Oncol* 2004; 94:212-216.
- LAI CH, HUANG KG, SEE LC et al: Restaging of recurrent cervical carcinoma with dual-phase 18-Fluoro-2-deoxy-d-glucose positron emission tomography. *Cancer* 2004; 100 (3): 544-552.
- DREYER G, SYNMAN LC, MOUTON A, LINDEQUE BG: Management of recurrent cervical cancer. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2005; 20 (30):1-14.
- HOUVENAEGHEL G, MOUTARDIER V, KARSENTY G et al: major complications of urinary diversion after pelvic exenteration for gynaecologic malignancies: a 23-year mono-institutional experience in 124 patients. *Gynecol Oncol* 92 (2004); 680-683.
- STEHMAN FB, ROSE PG, GREER BE ET AL: Innovations in the treatment of invasive cervical cancer. *Cancer* 2003; 98 (9 Suppl):2052-63.
- LURAIN JR: Uterine cancer. In: Berek JS, Novak's gynecology.

13 ed. Philadelphia. Lippincot Williams and Wilkins 2002; 1164-78.

12. LANDONI F, MANEO A, COLOMBO A ET AL: Randomized study of radical surgery versus radiotherapy for stage Ib-IIa cervical cancer. *Lancet* 1997; 350: 535-40.

13. KRIVAK TC, MCBROOM JW, ELKAS JC: Cervical and vagi-

nal cancer. In Berek JS, Novak's gynecology. 13 ed. Philadelphia. Lippincot Williams and Wilkins 2002; 1211-32.

14. TYRING KS: Vulvar squamous cell carcinoma: guidelines for early diagnosis and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:S17-S23.

