

INCIDENȚA STADIALĂ ÎN CANCERUL DE OVAR. STUDIU COMPARATIV PE INTERVALE DE 10 ANI (1973-1992)

Carmen Rădulescu

Clinica de Obstetrică-Ginecologie nr.2
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Studiile actuale efectuate în diferite state și teritorii au consemnat în ultimele două-trei decenii o creștere progresivă a incidenței cancerului de ovar. Astfel, în 1973 incidența anuală era de 2,7‰ în Japonia și Africa de Sud și de 14,4‰ în S.U.A. și țările scandinave. În 1982 în Suedia incidența era de 23,2‰ (Mahlch, 1986) ocupând astfel poziția a treia ca frecvență după sân și colon.

Spre deosebire de alte localizări ale sferei genitale (vulvă, vagin, col uterin, sân) cancerul de ovar este situat într-o zonă ascunsă, inaccesibilă examinărilor clinice și unor metode de diagnostic precoce, paraclinice cu o simptomatologie incertă sau confuză. În lipsa unor examene sistematice anuale și a unor metode de diagnostic aplicabile în masă, este diagnosticat de cele mai multe ori tardiv în stadii avansate, incurabile. Metodele paraclinice (ecografie, tomografie computerizată, rezonanță magnetică, markeri tumorali) nu pot fi aplicate ca o metodă de screening de masă chiar la grupurile de populație de risc maxim (peri- și postmenopauzal), selectarea cazurilor suspecte efectuându-se tot prin examene clinice.

Pentru evaluarea progreselor în diagnosticul precoce introduse în parte și în clinicile din Tg.-Mureș (ecografie, CT), examene clinice sistematice la grupe de risc, au fost comparate în această lucrare incidența stadială a cancerului de ovar în 2 perioade de câte 10 ani, 1973-1982 în Clinica unică de Ginecologie din Tg.-Mureș și în perioada 1983-1992 numai în Clinica de Ginecologie nr.2. Diagnosticul de tumoare malignă de ovar s-a stabilit prin examen clinic, explorări radiologice, ecografice și cu CT și alte metode introduse în ultima perioadă. Diagnosticul stadial s-a stabilit la explorarea intraoperatorie și s-a confirmat prin examene histopatologice din tumoare și metastaze. Explorarea chirurgicală diagnostică a constatat în folosirea de incizii largi și mediane. Dacă a fost prezentă ascita s-a recoltat lichid care s-a centrifugat și s-a efectuat un examen citologic. Dacă nu s-a constatat ascită dar tumoarea ovariană avea caractere de cancer și suprafețele peritoneale păreau indemne, s-a spălat cavitatea peritoneală cu câte 50-75 ml ser fiziologic cald (lavaj peritoneal diagnostic) în ur-

am anumită ordine:
a) suprafața inferioară a diafragmului, b) spațiile parietocolice drept și stâng, c) peritoneul pelvian. Fiecare probă recoltată izolat s-a trimis pentru examen citologic. În continuare s-a procedat la inspecția vizuală și

palpatorie a cavității abdominale și micului bazin. S-a început cu bolta subdiafragmatică dreaptă unde adesea sunt metastaze precoce chiar la cancer aparent limitat numai la ovar. S-a controlat apoi ficatul, spațiile parietocolice, epiploonul, ansele intestinale subțiri, stomacul și colonul (pentru stabilirea unui eventual diagnostic de tumoare Krukemberg) și cu mare blândețe tumoarea ovariană și organele pelviene. Apoi s-au controlat minuțios ganglionii iliaci și lomboartici. Datele s-au trecut în protocolul operator. În formele aparent limitate la ovare s-au efectuat biopsii din epiploon chiar dacă macroscopic nu părea a fi invadat și biopsii din alte zone potențial cu metastaze (zone de aderențe, zone de luciu și colorație, peritoneală modificată). După extirparea tumorii, aceasta a fost deschisă și s-au consemnat elementele sugestive de malignitate (vegetații dure și friabile, zonele de necroză și hemoragie, zonele solide) din care de asemenea s-au prelevat biopsii pentru un examen extemporaneu mai ales în cazurile neconcludente.

Stadializarea s-a făcut conform criteriilor propuse de FIGO în 1987.

În intervalul 1973-1982 au fost înregistrate 201 bolnave în Clinica unică de Ginecologie din Tg.-Mureș și un număr de 114 în perioada 1983-1992 numai în Clinica de Ginecologie nr.2 din Tg.-Mureș. Au mai fost internate în Clinica de Ginecologie nr.1 Tg.-Mureș 133 bolnave cu cancer de ovar în perioada a doua a studiului. În total în prima perioadă au fost 201 bolnave iar în a doua perioadă 247 bolnave confirmând creșterea incidenței morbidității prin cancer de ovar.

Pe baza criteriilor de mai sus, repartizarea stadială a bolnavelor pe cele două perioade a fost următoarea:

Anii	Std. I				Std. II				Std. III				Std. IV	Total
	A	B	C	Total	A	B	C	Total	A	B	C	Total		
1973-1982	28	4	24	56	-	5	18	23	4	17	82	103	19	201
%	13.93	1.99	11.94	27.86	-	2.48	8.95	11.44	1.99	8.45	40.79	51.24	9.45	-
1983 II	16	3	18	37	6	-	3	9	2	21	35	58	10	114
1992 I	18	4	21	43	-	2	6	8	8	24	38	70	12	133
Total	34	7	39	80	6	2	9	17	10	45	73	128	22	247
%	13.76	2.83	15.78	32.38	2.42	0.80	3.64	6.88	4.04	18.21	29.55	51.82	8.90	

Depistarea precoce în stadiul I, substadiile IA și IB a fost în prima perioadă de 15,92% și de 16,59% în a doua perioadă, diferență nesemnificativă între cele două perioade. În stadii posibil curabile sau cu rate de supraviețuiri prelungite IC, II și IIIA a fost de 26,7% în a doua perioadă și de 25,37% în prima perioadă, de asemenea fără diferențe semnificative; în stadiile avansate IIIB, IIIC și IV: 58,69% în prima perioadă și de 56,66% în a doua perioadă, de asemenea fără diferențe semnificative.

Cu toate că în a doua perioadă a studiului cancerul de ovar a fost o temă de cercetare a celor două clinici, nu au fost realizate progrese în diagnosticul precoce; este însă posibil ca în prima perioadă multe bolnave să fi fost substadializate așa cum am dedus din rata morbidității mai ridicată în această perioadă și din protocoalele stadializării intraoperatorii incomplete. Metode de diagnostic noi introduse (ecografia, CT) au valoare mai mult confirmatorie și sunt costisitoare pentru examinări de masă care ar necesita investiții foarte mari. Diagnosticul prin markeri tumorali, antigeni, hormoni, enzime nu pot fi folosite deocamdată ca o metodă de screening de masă chiar în țările cu nivel socio-economic cel mai avansat. Examinarea ritmică anuală a femeilor de risc pentru cancerul de ovar (în special populația feminină peri- și postmenopauzală) și supunerea unor investigații complexe: ecografie, RMN a femeilor cu istoric familial de cancer de ovar cu un sindrom de ovar palpabil perimenopauzal ar putea ameliora proporția depistărilor precoce și creșterea ratelor supraviețuirilor în cancerul de ovar.

Bibliografie

1. Bagley C.M. et al.: Ovarian carcinoma metastatic to the diaphragm. Frequency undiagnosed at laparotomy. *Am.J.Obstet.Gynecol.* 1973, 116, 397-400;
2. Buchsbaum H.J., Delgado G., Biessing J.: Surgical staging of ovarian carcinoma (abstr.). *Gynecol.Obstet.* 1966, 23, 253;
3. Chiricuță I., Pandule A., Setlacec E.: Chirurgie ginecologică. Editura Medicală București 1980, vol. III 975-1020;
4. Chiricuță I., Munteanu S., Gavrilescu T.H.: In *Tratat de Patologie Chirurgicală*, red. Proca E., 1983, vol. VII, 427-460;
5. Delgado G., Oram D.H., Petrille E.G.: Stage III epithelial ovarian cancer: The role of maximal surgical reduction. *Gynecol.Oncol.* 1984, 18, 293;
6. DeVita T.V. Jr., Heliman S., Rosenberg A.S.: *Cancer. Principles and practice of oncology*, 3rd Ed. 1989, 1162-1191;
7. Ehrmann L.R., Federscheider J.M., Knapp C.R.: Distinguishing lymph node metastases from benign glandular inclusions in low-grade ovarian carcinoma. *Am. J.Obstet. Gynecol.* 1980, 136, 737;
8. Huszár E. et al.: Cancerul de ovar în materialul de 20 ani (1962-1981); al Clinicii de obstetrică-ginecologie Tg.-Mureș Vol.rez.Consf. "Cancerul de ovar", Tg.-Mureș, 1982, 50;
9. International Federation of Gynecology and Obstetrics: Changes in definitions of clinical staging for carcinoma of the cervix and ovary. *Am.J. Obstet, Gynecol.* 1987, 156, 236;
10. Kalinkov D., Buchholtz R.: Early primary diagnosis of ovarian cancer and detection of recurrence by serum cystine aminopeptid. *Am.J. Obstet.Gynecol.* 1980, 138, 1148;

11. King A.L. et al.: Computed tomography in evaluation of gynecologic malignancies: A retrospective analysis. Am.J.Obstet.Gynecol. 1986, 155, 960;

12. Moraru I., Fadei Lidia: Tumorile ovarului. Orientări în diagnostic. Editura Academiei, București, 1988;

13. Norris H.S., Zirklin H.J., Benson W.L.: Cancer, 1976, 37, 2359;

14. Novak E.R., Woodruff J.D.: Novak's Gynecologic and Obstetrics Pathology. Philadelphia, W.B. Saunders, 1974, 389;

15. Ozols R.F. et al.: Peritoneoscopy in the management of ovarian cancer. Am.J. Obstet. Gynecol. 1981, 140, 611-619;

16. Piver M.S., Barlow J.J., Lele S.B.: Incidence of sub-clinical metastasis in Stage I and II ovarian carcinoma. Obstet. Gynecol. 1978, 52, 100-104;

17. Planiol T., Poucelot L.: Explorations diagnostique modernes par les ultrasons. Bull. Acad. Nat. Med. 1978, 162, 366;

18. Powell C.M. et al.: Diagnostic imaging of gynecologic tumors with the monoclonal antibody 791/T/36. Am.J. Obstet. Gynecol. 1987, 157, 28;

19. Rădulescu C.: Posibilități și greutăți în diagnosticul precoce al cancerului de ovar. Vol.rez. Conf. "Cancerul de ovar". Tg.-Mureș, 1982, 18;

20. Rosenberg E.R., Trough W.S.: The ultrasonographic evaluation of large cystic pelvic masses. Am. J. Obstet. Gynecol. 1981, 139, 579;

21. Young C.R., Decker D.G., Wharton J.T.: Staging laparotomy in early ovarian cancer. JAMA 1983, 250, 3072-3076.

STAGE INCIDENCE IN THE OVARIAN CANCER. A COMPARATIVE STUDY OVER A PERIOD OF 10 YEARS (1973-1992)

Carmen Rădulescu

Between 1973-1982 to the only Gynaecology Clinic of Târgu-Mureș 207 patients with ovarian cancer were admitted, and between 1983-1992 only in the Gynaecology Clinic II 114 patients were admitted. In 201 patients in the first group and in 114 patients in the second group a stage classification according to FIGO criteria of 1987, through clinical examination, cytology of ascites liquid, thoracocentesis, surgical exploration of the abdomen and the histopathologic examination of the primary tumor and of the metastasis was possible to carry out.

Between 1973-1982, 56 cases of ovarian cancer in stage 1, 23 cases in stage 2, 103 cases in stage 3, 19 cases in stage 4 were revealed. Between 1983-1992, 37 patients, in stage 1, 9 patients in stage 2, 58 patients in stage 3, 10 patients in stage 4 were discovered.

Taking into account the fact that in the second period, 133 patients with ovarian cancer with similar stages were admitted to the Gynaecology Clinic I of Tg.-Mureș, morbidity through ovarian cancer is increasing. Although recently new diagnosis methods (echography, CT) were introduced, there is no improvement in the early discovery.

Diagnosis through tumor markers, antigens, hormones, enzymes cannot be yet used as a mass screening method even in socio-economically advanced countries.

Sosit la redacție: 29.10.1993
