

CANCERUL OVARIAN

Stadializare

Cancerul ovarian epitelial, al trompelor uterine și peritoneal primar este stadializat conform sistemului *FIGO* (*Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique*), bazat pe descoperirile efectuate intraoperator. Acest sistem este utilizat în principal de către ginecologii specializați în ginecologie oncologică. Este acceptată totuși și stadializarea *AJCC* (*American Joint Committee on Cancer*).

AJCC	FIGO	Definiție
T1	I	Tumură limitată la ovare sau trompe uterine
T1a, N0, M0	IA	Tumură limitată la un ovar sau trompă uterină. Fără ascită sau lavaj peritoneal cu celule maligne. Capsula tumorală intactă, fără tumoră pe suprafața externă.
T1b, N0, M0	IB	Tumură limitată la ambele ovare sau trompe uterine. Fără ascită sau lavaj peritoneal cu celule maligne. Capsula tumorală intactă, fără tumoră pe suprafața externă.
T1c, N0, M0	IC	Tumură în stadiul IA sau IB, dar care prezintă una din următoarele caracteristici:
T1c1, N0, M0	IC1	Ruptura capsulei tumorale intraoperator
T1c2, N0, M0	IC2	Tumură prezentă pe suprafața unuia sau ambelor ovare sau trompe uterine; sau ruptura capsulei
T1c3, N0, M0	IC3	Ascită cu celule maligne sau lavaj peritoneal pozitiv
T2, N0, M0	II	Tumură afectând unul sau ambele ovare cu extensie pelvină sau cancer peritoneal primar
T2a, N0, M0	IIA	Extensie și/sau metastaze uterine și/sau tubare și/sau ovariene
T2b, N0, M0	IIB	Extensie la alte structuri pelvine intraperitoneale
T3, N0-1, M0 sau T1-T2, N1, M0	III	Tumora afectează unul sau ambele ovare sau trompe uterine, sau cancer peritoneal primar, existând determinări peritoneale (probate histologic sau citologic) în afara pelvisului și/sau metastaze ganglionare regionale (ganglionii retroperitoneali)
orice T, N1, M0	IIIA1	Invadarea ganglionilor limfatici retroperitoneali (probată histologic sau citologic)
orice T, N1a, M0	IIIA1(i)	Metastaze < 10 mm în diametrul maxim
orice T, N1b, M0	IIIA1(ii)	Metastaze > 10 mm în diametrul maxim
T3a, N0-1, M0	IIIA2	Tumură cu însămânțare microscopică la nivelul peritoneului cavității abdominale, cu sau fără invadarea ganglionilor retroperitoneali
T3b, N0-1, M0	IIIB	Tumură cu metastaze peritoneale abdominale < 2 cm în diametrul maxim, cu sau fără invadarea ganglionilor retroperitoneali

T3c, N0-1, M0	IIIC	Tumură cu metastaze peritoneale abdominale > 2 cm în diametrul maxim, cu sau fără invadarea ganglionilor retroperitoneali (se exclude extensia tumorii la capsula hepatică sau splenică fără implicarea parenchimului organelor)
orice T, orice N, M1	IV	Metastaze la distanță, excluzând metastazele peritoneale
orice T, orice N, M1a	IVA	Pleurezie cu citologie pozitivă
orice T, orice N, M1b	IVB	Metastaze parenchimotoase sau metastazele organelor extraabdominale (incluzând ganglionii inghinali sau ganglioni din afara cavității abdominale)

Tratament

Tratamentul cancerul ovarian

Stabilirea tipului de intervenție chirurgicală și terapiei postoperatorii (chimioterapie și/sau radioterapie) depinde de stadiul bolii și alți factori de pronostic clinico-patologici.

Explorarea chirurgicală și îndepărtarea tumorală completă sunt factorii esențiali de prognostic pentru pacienții cu cancer ovarian. Numai o intervenție chirurgicală amănunțită poate confirma un stadiu incipient al bolii. Niciun examen radiologic nu este la fel de eficient.

La pacientele tinere cu tumori unilaterale (stadiile I a) și histologie favorabilă, pentru conservarea fertilității se indică salpingo-ooforectomie unilaterală fără risc de recurență. Biopsia „în pana” a ovarului controlateral este obligatorie.

În rest, intervenția chirurgicală trebuie să conste în: laparotomie - histerectomie totală cu anexectomie bilaterală, evaluarea cavității abdominale cu biopsii etajate până la nivel diafragmatic, lavaj peritoneal, omentectomie și evaluarea ganglionilor para-aortici și pelvini.

Chirurgul trebuie să descrie în raportul operator: extensia reală a bolii observată intraoperator, dacă s-a putut obține sau nu o rezecție completă, cantitatea de boală reziduală cu descrierea leziunilor rămase. Optim trebuie făcută rezecție cu volum tumoral rămas <1cm dar scopul trebuie să rămână rezecția macroscopică completă.

- **Stadiul I a/b**

Pentru tumori bine diferențiate, histologic altele decât cele cu celule clare, chirurgia singură este tratamentul adecvat.

- **Stadiul I a/b, Ic**

Pentru tumori slab diferențiate, tip histologic cu celule clare, precum și Ic tratamentul adecvat este reprezentat de chirurgia optimală și polichimioterapie adjuvantă.

- **Stadiul II FIGO**

Intervenția chirurgicală trebuie să îndepărteze procesul tumoral în totalitate sau în cea mai mare parte și trebuie să fie urmată de polichimioterapie adjuvantă.

Chimioterapia – opțiuni:

- Carboplatin AUC 5 sau 6 la intervale de 3 săptămâni x 6 secvențe.

- Carboplatin AUC-5 -7,5 (sau Cisplatin 75 mg/m²) + Paclitaxel 175/185 mg/m², în 3 ore repetate la intervale de 3 săptămâni x 6 secvențe

- **Stadiul III FIGO**

Boala avansată - citoreducția maximală (să nu existe noduli tumorali > 1 cm restanți) este de dorit atunci când este posibil. Postoperator este indicată polichimioterapia.

Opțiuni pentru chimioterapie:

- Carboplatin AUC 7,5 + Paclitaxel 175 mg/m² - în 3 ore x 6 secvențe;
 - Carboplatin AUC – 6 (sau Cisplatin 75 mg/m²) + Paclitaxel 185mg/m² - în 3 ore x 6 secvențe;
 - Carboplatin AUC5+ PLD(Doxorubicina lipozomala pegylata)30 mg/m²
 - Cisplatin 75 mg/m² + Paclitaxel 175 mg/m² – în 3 ore x 6 secvențe;
 - Cisplatin 75 mg/m² + Paclitaxel 135 mg/m² – în 3 ore x 6 secvențe;
- Bevacizumab-7,5mg/kg/3 sapt.

Pacientele cu citoreducție optimală (sub 1cm rezidu tumoral) se poate administra în centrele cu experiență și chimioterapie intraperitoneala.

Nu s-a constatat un beneficiu, în ceea ce privește supraviețuirea, în cazul intervenției „second - look” efectuată ca o completare a chimioterapiei la pacientele la care boala pare a fi în remisiune completă.

De asemenea, evaluarea reducăției tumorale secundare în momentul laparatomiei second - look este necesară.

Pacientele care nu sunt candidate pentru operație de prima intenție pot să efectueze chimioterapie neoadjuvantă pe baza de taxani/platina urmată de intervenție chirurgicală de debulking (reducerea volumului tumoral, optim sub 1cm). Înainte de inițierea CHT neoadjuvantă trebuie obținută confirmarea histopatologică a bolii prin FNA, biopsie sau paracenteză.

- **Stadiul IV FIGO**

Pacientele în stadiul IV obțin un avantaj în ceea ce privește supraviețuirea în cazul unei intervenții citoreductive maxime efectuate în cadrul laparatomiei inițiale.

La bolnavele tinere cu status de performanță bun, cu pleurezie ca singură localizare secundară sau cu metastaze de dimensiuni mici și fără disfuncții organice majore se indică intervenția chirurgicală.

Dacă intervenția chirurgicală nu este oportună (pacientele nu se încadrează în criteriile menționate) diagnosticul poate fi confirmat prin biopsie și se va indica administrarea chimioterapiei. Aceasta constă din regimuri similare celor indicate pentru stadiul III de boală.

Prognostic

Factori de prognostic:

- volum tumoral mic
- vârsta tânără
- status de performanță bun
- tip celular altul decât tipul mucinos sau cu celule clare
- tumoră bine diferențiată
- absența ascitei
- grad scăzut de diferențiere 1-2
- ascita minimă
- subgrupe a/b versus c

- tipul celular altul decât cel cu celule clare sunt considerate factori de pronostic bun pentru pacientele cu stadiul I de boală.