

Diagnóstico e conduta no carcinoma cervical microinvasor_



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz



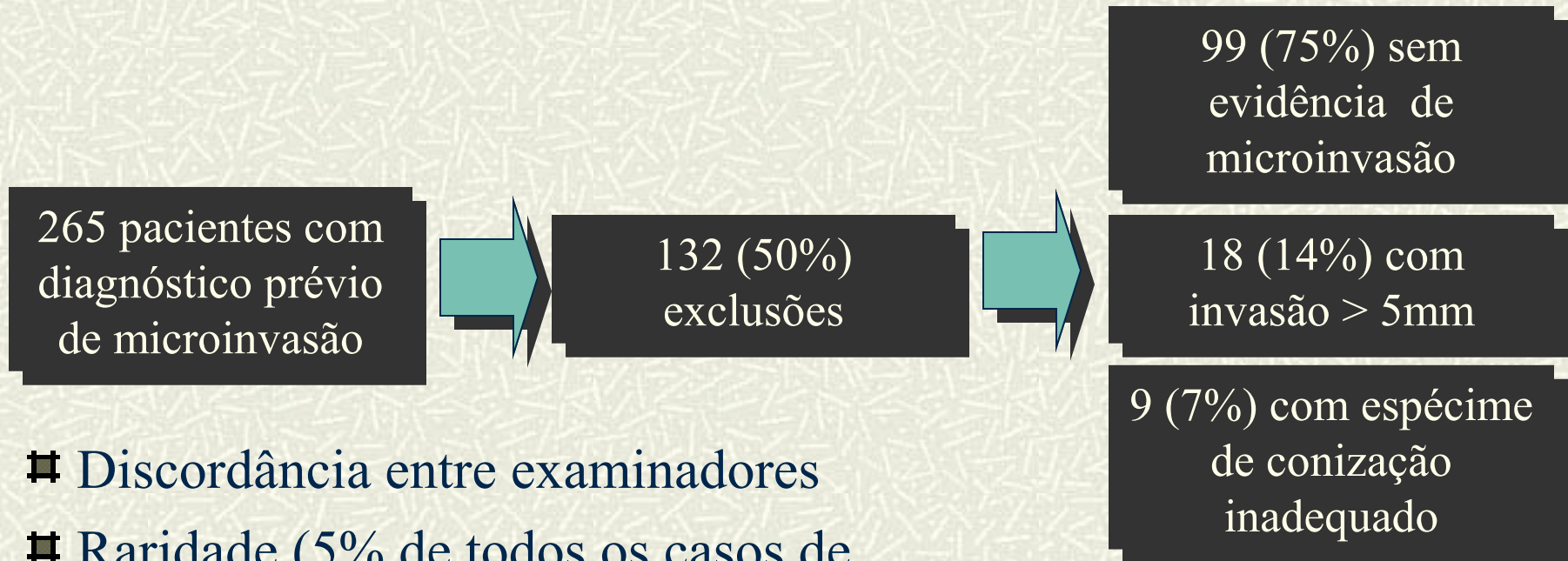
ABG-Cap RJ



II Colpovix – Vitória – ES
16 e 17 de outubro de 2009

Fábio Russomano

Dificuldades diagnósticas



- # Discordância entre examinadores
- # Raridade (5% de todos os casos de câncer e 10-15% dos casos de estágio I)

Black et al, 1997. Cancer Incidence and mortality in the European Union: Cancer registry data and estimates of national incidence for 1990.

Sedlis *et al*, 1979. *Appud* Eaton L, Fowler JM, 2003. Microinvasive cancer of the cervix. In Prendiville W, Ritter J, Tatti S, Twiggs L. Colposcopy - Management Options

Mestwerdt	1947	Carcinoma microinvasivo do colo
Burghardt <i>et al.</i>	1973	Invasão < 5mm
Leman <i>et al.</i>	1976	Extensão lateral
Benson <i>et al.</i>	1977 1979	Envolvimento de espaço linfovascular
Burghardt & Holzer	1982	Volume
Van Nagell <i>et al.</i>	1983	Padrão de invasão
FIGO	1985	Carcinoma pré-clínico diagnosticado apenas microscopicamente; IA1: invasão estromal microscópica e IA2: invasão ≤5 mm e ≤ 7 mm de
FIGO	1995 2009	IA1: invasão ≤3 mm e ≤ 7 mm de extensão horizontal e IA2: invasão ≥3 e ≤5 mm e ≤ 7 mm de extensão horizontal
Society of Gynecologic Oncologists	1974	Invasão ≤ 3mm e sem envolvimento de espaço linfovascular

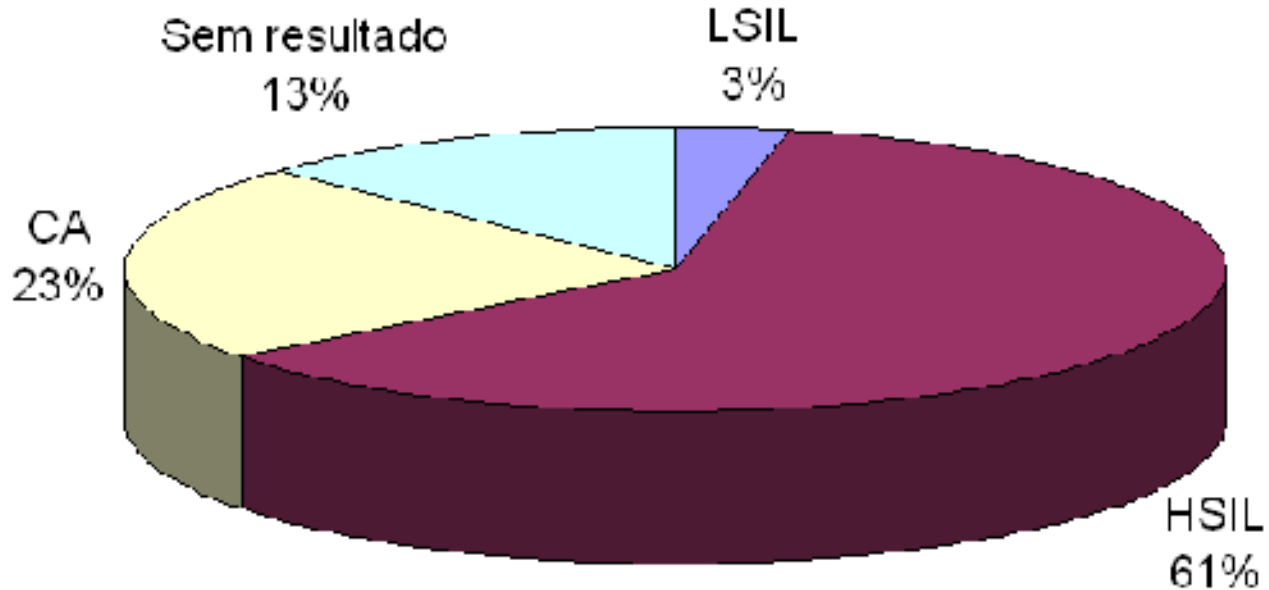
Microinvasão do Colo Uterino

Diagnóstico:

- Biópsia não exclui diagnóstico de invasão
- O diagnóstico definitivo deve sair de peça cirúrgica
- Avaliar invasão linfovascular
- Avaliar margem de ressecção da peça

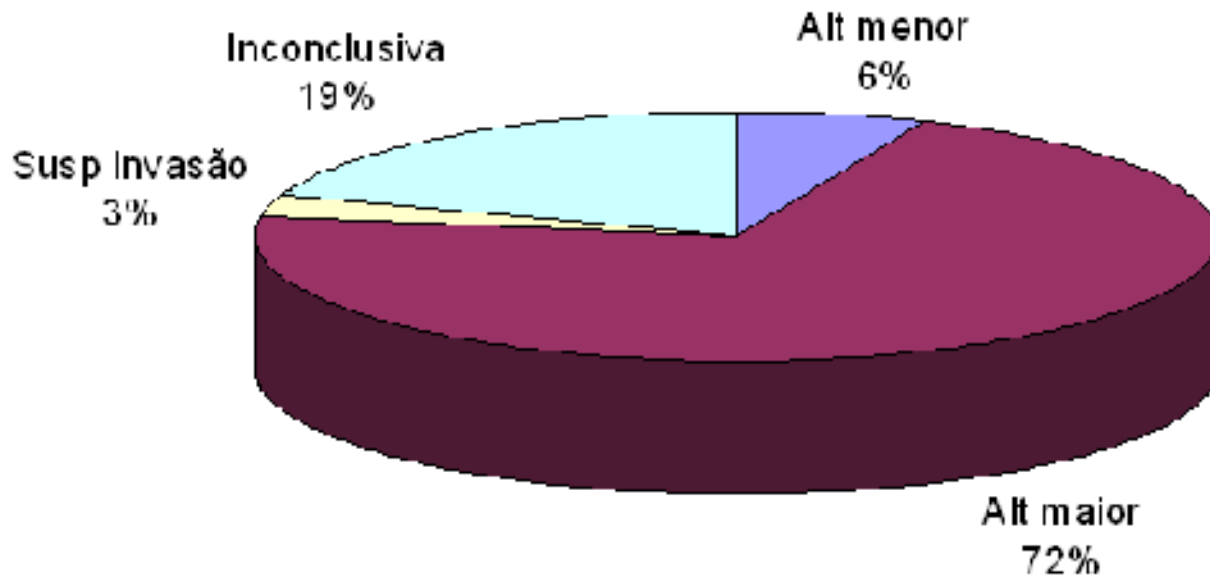
Microinvasão do Colo Uterino

**Diagnóstico citológico em CA IA1
(n=31 - IFF, 1999-2009)**



Microinvasão do Colo Uterino

**Aspectos colposcópicos em CA IA1
(n=31 - IFF, 1999-2009)**



PubMed*

- # *"Uterine Cervical Neoplasms"[Mesh]AND ("microinvasive" OR "early invasive" OR "early invasion" OR OR "minimal invasion" OR "minimally invasive" OR "IA1")*
- # 911 referências
- # 0 Ensaio Clínico Randomizado
- # 0 metaanálise
- # 1 análise de decisão (Johnson et al., 1992)
- # Estudos observacionais, revisões narrativas, recomendações clínicas, séries de casos, etc.

Prognóstico

Prevalence of parametrial and nodal metastases in CMI

Stromal invasion	Number	Parametrial metastases			Nodal metastases		
		<1 mm	1-3 mm	>3 mm	<1 mm	1-3 mm	>3 mm
Di Re [60]	127	-	-	-	-	0	-
Seski [61]	37	-	-	-	-	2.7%	-
Sedlis [8]	74	-	-	-	-	0	-
Averette [46]	162	0	-	-	0	-	3.5%
Yajima [62]	90	-	-	-	0	0	-
Taky [63]	55	-	-	-	-	0	-
Hasumi [13]	135	0	0	0	1.6%	0	13.8%
Van Naggel [9]	84	-	-	-	0	0	9.3%
Creasman [11]	74	-	-	-	-	0	-
Simon [14]	70	0	2.3%	0	0	0	3.9%
Kolstad [15]	68	0	0	3.3%	0	0	3.3%
Tsukamoto [64]	74	0	1.3%	0	0	1.3%	1.3%
Delgado [12]	940	-	-	-	0	0	3.4%
Bellino [19]	133	-	-	-	0	5.3%	5.3%

Prognóstico

Risco de metástase à época do diagnóstico de acordo com a profundidade de invasão*:

Profundidade de invasão	Sem comprometimento de espaço linfovascular	Com comprometimento de espaço linfovascular
≤ 1 mm	0%	0,7% (n=207)
0 – 3 mm	0% (n=400)	2% (n=238)
3 – 5 mm	2% (n=207)	10% (n=102)

*Obtido de 34 artigos publicados entre 1978-1990 (menor série=12 casos; maior série=254 casos).

Prognóstico vs decisão de tratamento

- # Maior sobrevida considerando o risco de morte decorrente da doença ou do tratamento*:
 - Tumores com invasão menor do que 3 mm sem invasão linfovascular.
 - Para tumores maiores de 3 mm ou com invasão linfovascular, a cirurgia radical.
 - Tratamento conservador foi preferível se há desejo de manter a fertilidade e o risco de morte até 2%.

*assumindo ausência de dúvida diagnóstica e após conização com margens livres. Risco de morte pela cirurgia radical entre 0,25 e 0,5%.

Prognóstico vs decisão de tratamento

Table 3. Lymph node metastasis, recurrence, and death in patients with cervical cancer stage IA1 according to the type of surgery^a

	<i>N</i>	LN metastasis	Recurrence	Death
Nonradical Surgery	49 (3 ^b)		1 (2.0%)	0
Surgery including PLND	100 (2 ^b)	0	0	0
Total	149 (5 ^b)	0	1 (0.7%)	0

^aPLND: pelvic lymph node dissection.

^bCases with lymphovascular space invasion.

Adenocarcinoma microinvasor

Report/year	No. of patients	Maximum depth of invasion (mm)	No. having node dissection	No. with node metastases	No. of recurrences (including those in next column)	No. of deaths from tumor	Follow-up (yrs)
Krimmenau/1966	2	5	0	NA	0	0	4-5
Qizilbash/1975	7	5	3	0	0	0	½-9
Sachs/1975	3	5	0	NA	0	0	NS
Werner/1975	3	5	2	0	0	0	2-4
Iversen/1979	5	5	≥1	NS	1	0	NS
Nakajima/1983	27	5	27	0	0	0	NS
Nguyen/1984	5	3	0	NA	1	NS	2-3
Berek/1985	24	5	24	2	2	2	1½-11
Teshima/1985	22	5	≥1	0	1	0	½-14
Simon/1986	6	5	NS	0	0	0	NS
Andersen/1989	8	5	0	NA	0	0	½-8
Ebefing/1989	14	5	NS	NS	1	NS	>4
Fu/1989	5	1	5	0	0	0	NS
Matsukuma/1989 ^a	8	2	3	0	0	0	2-7
Rollason/1989	3	1	1	0	0	0	<1-2
Schumacher/1989	5	5	NS	NS	1	1	NS
Burghardt/1991	3	5	NS	0	1	0	NS
Jones/1993	12	5	10	0	0	0	NS
Kaspar/1993	25	5	25	2	2	0	1-10
Van Den Broek/1995	1	2	1	0	1	1	2
Kaku/1997	30	5	25	0	2	1	2-19
Östör/1997	77	5	48	0	1	0	½-12
Kurian/1999	10	5	0	NA	0	0	2-7
Nicklin/1999	30	5	19	0	0	0	<1-9½
Schorge/1999	21	3	16	0	0	0	2½-14
Elliott/in press	58	5	NS	1	1	1	NS
Östör (unpublished)	22	5	8	0	NA	NA	Too recent
Total	436	NA	219	5	15	6	NA

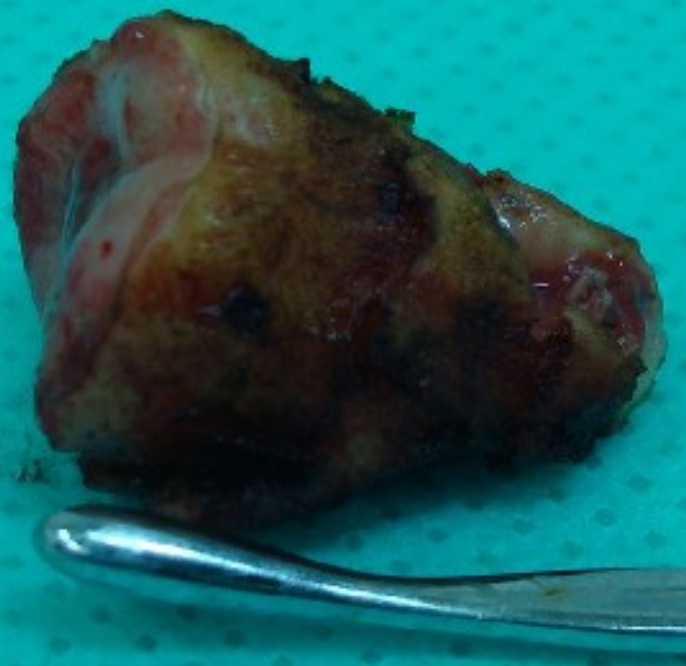
Recomendações - *National Cancer Institute* (EUA)

- # A conização do colo pode ser suficiente se as margens forem negativas, não há invasão linfovascular e a paciente deseja preservar sua fertilidade.
- # Histerectomia simples nas mulheres que não desejam manter sua fertilidade
- # Histerectomia radical em tumores com invasão entre 3 e 5mm, pelo maior risco de comprometimento linfonodal.

Outras recomendações

- # Se há comprometimento das margens, uma nova retirada deve ser realizada para excluir uma lesão francamente invasiva.
- # Nas mulheres que desejam preservar sua fertilidade, a opção seria a traquelectomia radical com linfadenectomia.
 - Tratamento conservador pode ser aceitável (histerectomia extrafacial ou conização nas mulheres que desejam preservar sua fertilidade).

Cone clássico
ou
Eletrocirúrgico
(ou EZT apenas?)



CERVICAL

COLPOSCÓPIA E CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA



1057479
1/18
1055
10-10-69
10-80



XIV Congresso
Mundial de
Patologia Cervical
e Colposcopia -
Rio de Janeiro -
2011.

Obrigado por sua
atenção e até a
próxima!
