

ROLUL LIMFODISECTIEI INGHINALE ÎN NEOPLASMUL SCUAMOS VULVAR – PREZENTARE DE CAZ ȘI REVIEW AL LITERATURII

The role of inguinal lymph node dissection in vulvar squamous cell carcinoma – a case report and literature review

N. Bacalbașa¹, A. Traistaru², Irina Bălescu³

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

²Spitalul Universitar Elias București

³Spitalul „Ponderas”, București

REZUMAT

În neoplasmul scuamos vulvar, prognosticul depinde de prezența metastazelor ganglionare regionale. Limfodisecția la nivel inghinal și femural reprezintă unul dintre principalii factori ce pot crește supraviețuirea la distanță. Prezentăm cazul unei paciente de 73 de ani diagnosticată cu neoplasm vulvar și adenopatii inghinale bilaterale, la care s-a efectuat vulvectomie cu limfodisecție inghinală bilaterală. Examenul histopatologic a confirmat prezența unui neoplasm scuamos moderat diferențiat cu multiple metastaze ganglionare inghinale bilaterale. Ulterior, pacienta a fost trimisă către serviciul de radioterapie pentru efectuarea iradierii adjuvante.

Cuvinte cheie: neoplasm vulvar, limfodisecție inghinală, limfodisecție pelvină, iradiere

ABSTRACT

In squamous cell vulvar carcinoma the prognostic depends on the presence of regional lymph node metastases. Inguinal and femoral lymph node dissection represents one of the most important factors which might increase the overall survival. We present the case of a 73 years old patient diagnosed with squamous cell vulvar carcinoma and bilateral inguinal adenopathies in whom a vulvectomy and bilateral inguinal lymph node dissection were performed. The histopathological findings confirmed the presence of a moderate differentiated squamous cell carcinoma with multiple lymph node metastases. Then the patient was addressed to the Oncology Clinic for adjuvant radiation therapy.

Keywords: vulvar carcinoma, inguinal lymph node dissection, pelvic lymph node dissection, radiation therapy

INTRODUCERE

Neoplasmul vulvar reprezintă 3-5% din tumorile maligne ale tractului genital, fiind întâlnit mai ales la pacienții cu vârsta medie de 65-70 de ani. Ca tip histopatologic, peste 90% din cazuri sunt neoplasme scuamoase, ce au ca principal mod de diseminare calea limfatică; chiar și în prezența metastazelor limfatice diseminarea pe alte căi (hematogenă) este rar întâlnită. Drept urmare, evoluția la distanță este influențată în special de prezența metastazelor ganglionare. (1,2)

PREZENTARE DE CAZ

Pacienta de 73 de ani s-a prezentat pentru apariția unei formațiuni tumorale vulvare de aproximativ 4 cm, localizată la nivelul labiei stângi. La examenul clinic, pe lângă prezența acesteia, au fost identificate adenopatii inghinale bilaterale nedureroase, ferme, aderente la planurile profunde, cu diametru de 1-2 cm. Examenul computer tomograf efectuat pre-operator nu a depistat adenopatii la nivel pelvin. S-a optat pentru efectuarea intervenției chirurgicale:

Autor corespondent:

Dr. Nicolae Bacalbașa, str. Dimitrie Racoviță, nr. 2, București, România

E-mail: nicolae_bacalbasa@yahoo.ro

vulvectomie asociată cu limfodisecție inghino-femurală bilaterală (Fig. 1-7).

Examenul histopatologic a confirmat prezența unui neoplasm vulvar scuamos moderat diferențiat, asociat cu prezența a 5, respectiv 3 ganglioni cu metastaze în grupele inghinale stângă, respectiv



FIGURA 1. Aspectul inițial – tumoră vulvară de dimensiuni mari



FIGURA 2. Adenopatie inghinală superdicială

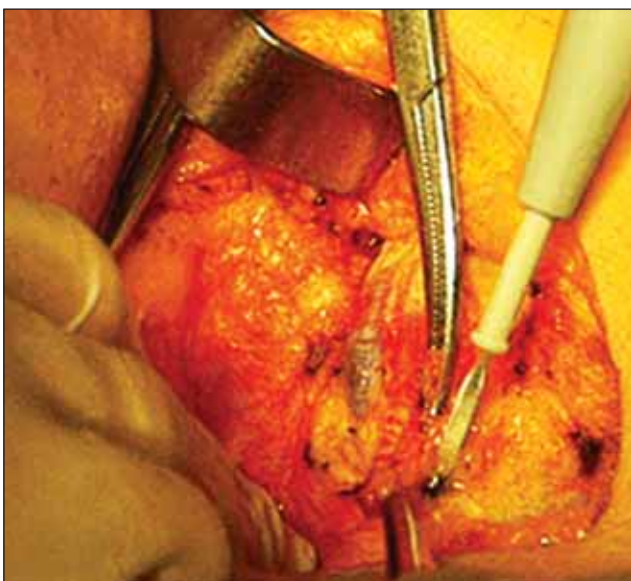


FIGURA 3. Limfodisecție inghinală – descoperirea venei femurale



FIGURA 4. Bloc adenopatic inghinal stâng

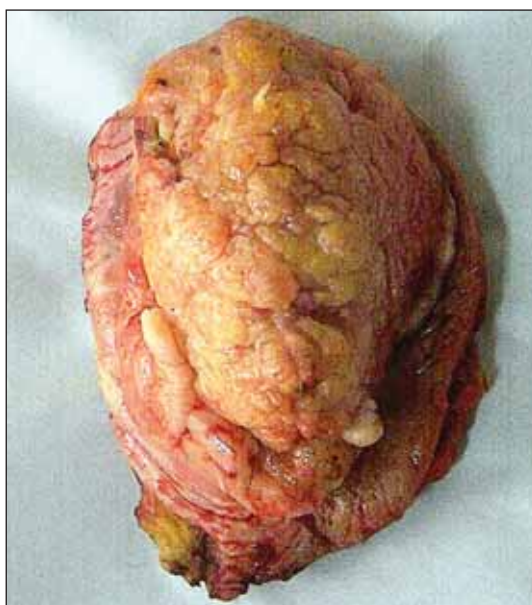


FIGURA 5. Piesa de rezecție – vulvectomie unilaterală



FIGURA 6. Sutura plăgii perineale

dreaptă. De asemenea, unul dintre ganglionii de pe partea stângă prezenta capsula ruptă. Având în vedere asocierea a 3 factori de prognostic prost (ade-



FIGURA 7. Aspectul final al plăgii perineale

nopatii bilaterale, în număr de peste 3, un ganglion prezentând capsulă ruptă), s-a optat pentru efectuarea unei terapii adjuvante de iradiere.

DISCUȚII

În cancerul vulvar scuamos, prognosticul este strâns legat de prezența metastazelor ganglionare loco-regionale (la nivelul stațiilor ganglionare inghinale și femurale). Rata de supraviețuire la 5 ani în cancerul vulvar scuamos este de 90% în absența metastazelor ganglionare și de numai 24% în cazul identificării a 5-6 ganglioni limfatici pozitivi. (1)

Alți factori importanți în prognosticul bolii sunt dimensiunile adenopatiilor tumorale, numărul acestora și prezența extensiei tumorale extracapsulare. (1,2)

Rezeția corectă a metastazelor ganglionare se corelează cu o rată de recurență mai mică și o rată de supraviețuire mai bună.

În studiul său din 2013, Baiocchi a evaluat corelația dintre numărul ganglionilor limfatici excizați în urma limfodiseției și prognosticul la distanță al acestor pacienți. Concluziile au arătat faptul că numărul ganglionilor inghino-femurali rezecați la pacienții cu cancer vulvar scuamos în stadiile I, II și III FIGO, nu se corelează cu dimensiunile tumorii primare sau cu profunzimea invaziei, însă prezența metastazelor limfatice are un efect negativ atât asupra riscului de recurență la 5 ani (70% față de 42%), cât și a ratei de deces la 5 ani (60% față de 37%). (1) O altă concluzie a acestui studiu a fost că rezeția a mai puțin de 12 ganglioni la pacienții cu cancer vulvar scuamos și ganglioni pozitivi reprezintă un factor de prognostic prost asupra evoluției

(creșterea ratei de recurență și scăderea ratei de supraviețuire). (1)

După vulvectomie cu limfadenectomie inghino-femurală (profundă) bilaterală, recurențele sunt rare, Homesley raportând o rată de recurență de 3,7%, iar De Hullu 3,5% (1,3,4), în timp ce, după limfadenectomie inghinală superficială, rata recurențelor a fost de 5,3% (5).

În cazul pacienților vârstnici, cu multiple tare asociate, diagnosticați cu tumori vulvare sub 4 cm și la care la examenul clinic nu depistează adenopatii inghinale, o altă strategie terapeutică a fost propusă: disecția și excizia ganglionului santinelă. (6) Cu toate acestea, semnificația clinică a prezenței celulelor tumorale izolate, precum și a micrometastazelor (sub 5 mm în diametru) limfoganglionare rămâne necunoscută. Oonk a arătat faptul că, în cazurile în care celule tumorale izolate sunt prezente în ganglionul santinelă, rata metastazelor limfatice în ceilalți ganglioni este de 4,1%, de aceea limfodiseția inghinală profundă trebuie efectuată în orice situație în care este afectat ganglionul santinelă. (1,7).

Un alt studiu a analizat influența numărului de ganglioni inghinali pozitivi asupra prognosticului bolii. (8) Lotul de pacienți la care s-a efectuat vulvectomie cu limfodiseție inghinală a fost împărțit în trei grupe, în funcție de numărul de adenopatii pozitive: grupul fără adenopatii pozitive, 1-2 ganglioni pozitivi și 3 sau mai mulți ganglioni pozitivi. Supraviețuirea la 5 ani a fost de 64%, 41%, respectiv 23%. Prezența extensiei extracapsulare a avut un impact negativ asupra ratei de supraviețuire la 5 ani (9,7% față de 37,4%) și a reprezentat singura variabilă cu rol prognostic pentru riscul de recurență a bolii. Prezența adenopatiilor tumorale bilaterale nu a avut un impact important asupra ratei supraviețuirii în cazul pacienților cu mai mult de 2 ganglioni pozitivi. Concluziile acestui studiu arată faptul că, din punct de vedere al prognosticului, pacienții cu cancer vulvar scuamos cu adenopatii tumorale ar trebui încadrați în două categorii: cei cu 1-2 ganglioni pozitivi și cei cu 3 sau mai mulți ganglioni pozitivi.

În cazul tuturor pacienților cu cancer vulvar scuamos stadiul Ib sau II FIGO, sau cu invazia tumorală stromală de peste 1 mm, trebuie efectuată limfodiseția inghinală ipsilaterală, deoarece incidența afectării ganglionilor limfatici contralaterali în stadiul Ib este de sub 1% (2,9). Limfodiseția inghinală bilaterală se efectuează în cazul în care tumora primară este localizată pe linia mediană sau afectează și labiile mici, sau dacă ganglionii ipsilaterali sunt pozitivi. (2,6)

La pacienții cu boală avansată (stadiul III sau IV), cu adenopatii inghinale neoplazice de dimensiuni mari sau multiple, unele studii recomandă efectuarea radioterapiei adjuvante în regiunea pelvină și inghinală bilateral și nu efectuarea limfodiseției pelvine (2,10). Conform acestor studii, indicațiile pentru efectuarea radioterapiei adjuvante sunt: prezența unei macrometastaze ganglionare (peste 5 mm), extinderea tumorală extracapsulară sau prezența a 2 sau mai multe micrometastaze (sub 5 mm în diametru). (2,10)

Pe de altă parte, există autori care susțin utilitatea efectuării limfodiseției pelvine în aceste cazuri astfel încât să se limiteze efectul nociv al iradierii extensive. Klemm și colaboratorii au efectuat un studiu pe 12 pacienți cunoscuți cu neoplasm vulvar cu metastaze în ganglionii inghino-femurali; în toate aceste cazuri s-a optat pentru efectuarea limfodiseției pelvine pe cale laparoscopică. Scopul acestui studiu a fost acela de a identifica pacienții care ar putea beneficia cel mai mult după efectuarea evidării ganglionare pelvine. Evidarea ganglionară a fost efectuată la nivelul foselor obturatorii, precum și de-a lungul arterelor iliace externe. Numărul mediu de ganglioni rezecați a fost de 13,7 în cazul

limfodiseției pelvine unilaterale și 27,8 în cazul celei bilaterale. Autorii au concluzionat că limfodiseția pelvină trebuie efectuată ori de câte ori există mai mult de 3 ganglioni pozitivi la nivel inghinal. În 4 cazuri în care limfodiseția inghinală a identificat numai 2 ganglioni pozitivi, limfodiseția pelvină nu a detectat prezența metastazelor ganglionare la acest nivel. (11)

CONCLUZII

În neoplasmul vulvar scuamos, principalii factori de prognostic sunt reprezentați de numărul, dimensiunea adenopatiilor inghinale, precum și de prezența ganglionilor cu capsulă ruptă. Limfodiseția corespunzătoare la acest nivel este principala modalitate de îmbunătățire a prognosticului acestor pacienți. Cât despre limfodiseția pelvină, protocoalele de tratament nu sunt la fel de bine standardizate; în timp ce unii autori consideră că posibilele metastaze ganglionare de la acest nivel sunt eficient tratate prin iradiere, alții consideră că acești pacienți ar beneficia mai mult de pe urmele unei limfodiseții chirurgicale, scăzând astfel efectele secundare nocive ce pot fi produse de radioterapie.

BIBLIOGRAFIE

1. Baiocchi G., Silva Cestari F.M., Rocha R.M., Faloppa C.C., Kumagai L.Y., Fukazawa E.M., Badiglian-Filho L., Cestari L.A., Sant'Ana Rodrigues I., Lavorato-Rocha A., Maia B.M., Soares F.A. – Does the count after inguinofemoral lymphadenectomy in vulvar cancer correlate with outcome? *EJSO* 39 (2013) 339e343
2. Hacker N.F., Eifel P.J., van der Velden J. – FIGO CANCER REPORT 2012 Cancer of the vulva *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2012; 119(S2):S90-S96
3. Homesley H.D., Bundy B.N., Sedlis A., et al. – Prognostic factors for groin node metastasis in squamous cell carcinoma of the vulva (a Gynecologic Oncology Group study). *Gynecol Oncol* 1993; 49:279-83
4. De Hullu J.A., Hollema H., Lolkema S., et al. – Vulvar carcinoma. The price of less radical surgery. *Cancer* 2002; 95:2331-8
5. Gordinier M.E., Malpica A., Burke T.W., et al. – Groin recurrence in patients treated with negative nodes on superficial inguinal lymphadenectomy. *Gynecol Oncol* 2003; 90:625-8
6. Van der Zee A.G., Oonk M.H., De Hullu J.A., et al. – Sentinel node dissection is safe in the treatment of early-stage vulvar cancer. *J Clin Oncol* 2008; 26(6):884-9
7. Oonk M.H., van Hemel B.M., Hollema H., et al. – Size of sentinel-node metastasis and chances of non-sentinel-node involvement and survival in early stage vulvar cancer: results from GROINSS-V, a multicentre observational study. *Lancet Oncol* 2010; 11(7):646-52
8. Baiocchi G., Silva Cestari F.M., Rocha R.M., Lavorato-Rocha A., Maia B.M., Cestari L.A., Kumagai L.Y., Faloppa C.C., Fukazawa E.M., Badiglian-Filho L., Sant'Ana Rodrigues I., Soares F.A. – Prognostic value of the number and laterality of metastatic inguinal lymph nodes in vulvar cancer: Revisiting the FIGO staging system *EJSO* 39 (2013) 780e785
9. Hacker N.F. *Vulvar cancer*. In: Berek J.S., Hacker N.F. – eds. Berek and Hacker's Gynecologic Oncology. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009, pp. 536-75
10. Homesley H.D., Bundy B.N., Sedlis A., Adcock L. – Radiation therapy versus pelvic node resection for carcinoma of the vulva with positive groin nodes. *Obstet Gynecol* 1986; 68(6):733-40
11. Klemm P., Marnitz S., Kohler C. – Clinical implication of laparoscopic pelvic lymphadenectomy in patients with vulvar cancer and positive groin nodes. *Gynecologic Oncology* 2005; 99:101-105