

## CANCERUL DE OVAR ÎN MATERIALUL DE 18 ANI AL CLINICII DE OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE DIN TÎRGU MUREȘ

C. Boga, C. Rădulescu, E. Huszár, L. Nagy, I. Frâncu, L. Lázár,  
A. Kosztáczky-Markó, M. Tancău

Deși al treilea ca frecvență printre malignoamele sferei genitale feminine, cancerul de ovar se situează pe primul loc în ceea ce privește mortalitatea, deoarece evoluează în mod insidios, asimptomatic, sau cu simptome necaracteristice înainte de a se extinde la organele pelvine sau și abdominale. De aceea depistarea precoce, în stadiile curabile, se face într-o proporție redusă, spre deosebire de cancerul de col și chiar de corp uterin la care avem mijloace de depistare în masă și de finalizare diagnostică în stadii precoce, preclinice, în cancerul de ovar depistarea nu se poate face pînă în prezent decît prin mijloace clinice. Se constată pe lingă acestea și o creștere lentă dar continuă a morbidității și mortalității prin cancer ovarian pe plan mondial.

Statistica Societății de Cancerologie din Statele Unite (American Cancer Society) publicată în 1977 consemnează o creștere constantă a mortalității prin cancer ovarian într-o perioadă de 45 ani (1930—1974). Cifra absolută a deceselor prin cancer ovarian întrece în 1970 pentru prima dată în S.U.A. pe cea a cancerului colului uterin, aducînd ovarul pe primul loc în ierarhia deceselor prin cancer genitale la femeie.

Atît aceste date cît și experiența noastră proprie, vîzînd aproape zilnic tragedia femeilor suferinde de neoplasme ovariene în stadii avansate, practic incurabile, ne-au determinat să alegem acest subiect ca principală temă de cercetare pe anii care urmează.

Ca prim obiectiv ne-am propus prelucrarea materialului clinicii noastre din ultimii 18 ani (1963—1980) și efectuarea unei analize critice, trecînd în revistă aspectele principale ale problemei, care să constituie o bază de comparație pentru o perioadă de viitor.

1. În clinica noastră au fost internate în perioada 1963—1980, 1908 femei cu cancer ale sferei genitale. Dintre acestea 254 au suferit de cancer de ovar, deci incidența acestuia este de 13,31% pe o perioadă de 18 ani. Dacă împărțim însă acest interval în două, vom observa imediat creș-

terea frecvenței. Perioadei anilor 1963—70 îi revin 63 de cazuri (8,43%), iar celei 1971—1980 191 de cazuri (16,45%). Dintre cele din urmă majoritatea au fost tratate în ultimii 5 ani (1976—1980), ponderea bolii depășind 20%.

Datele noastre confirmă deci creșterea morbidității prin cancer de ovar, semnalată pe plan mondial.

2. Stadiul evolutiv al bolii în momentul punerii diagnosticului este reprezentat în tabelul nr. 1:

Tabelul nr. 1

	1963—1970	1971—1980	1963—1980
Stadiul I. (a, b, c)	4 (6,34%)	36 (18,84%)	40 (15,74%)
II. (a, b, c)	21 (33,33%)	40 (20,94%)	61 (24,01%)
III.	32 (50,71%)	86 (45,02%)	118 (46,45%)
IV.	6 (9,52%)	29 (15,18%)	35 (13,77%)
Total:	63 (100%)	191 (100%)	254 (100%)

Reiese că în ambele perioade peste 60% a cazurilor au fost depistate în stadii avansate, și sub 25% (stadiu I și II) teoretic curabile printr-un tratament chirurgical sau asociat. Totuși se observă o creștere a numărului cazurilor depistate în stadiul I (6,34 — 18,84%), ce se datorează mai ales extinderii examenelor ginecologice în unele colectivități.

3. Momentul punerii diagnosticului a fost:

a) preoperator (106 — 55,49%) toate pe baza simptomatologiei clinice, cu excepția unui caz în care diagnosticul a fost pus pe baza ex. citologic al lichidului peritoneal.

b) intraoperator (49 — 25,65%) macroscopic, sau pe baza ex. histopatologic instantaneu executat.

c) postoperator-histologic (36 — 18,84%).

Este evident că diagnosticul de malignom ovarian a fost stabilit preoperator în majoritatea absolută la bolnavele în stadii avansate, cu o simptomatologie caracteristică (tumoare voluminoasă, neregulată, fixată sau propagată spre Douglas, ascită etc.). Statusul intraabdominal, leziunile macroscopice tipice sau examenul histopatologic instantaneu a permis stabilirea diagnosticului intraoperator, sau confirmarea suspiciunii de malignom ovarian emis preoperator. Diagnosticul a fost stabilit postoperator, prin examenul histopatologic al tumorii ovariene extirpate în acele cazuri în care tumoarea a fost aparent benignă și în majoritatea acestor cazuri diagnosticul histopatologic a constituit o surpriză.

4. Vârsta bolnavelor este reprezentată în tabelul nr. 2:

Tabelul nr. 2

	1963—1970	1971—1980	1963—1980
pînă la 30 ani	4 (6,34%)	6 (3,14%)	10 (3,9%)
30—40 ani	8 (12,69%)	21 (10,99%)	29 (11,8%)
40—50 ani	18 (28,63%)	41 (21,46%)	54 (21,2%)
50—60 ani	23 (36,50%)	61 (31,93%)	84 (33,07%)
60—70 ani	10 (15,87%)	47 (24,61%)	57 (22,4%)
peste 70 ani	5 (7,93%)	15 (7,85%)	20 (7,8%)
Total:	63 (100%)	191 (100%)	254 (100%)

Se constată că majoritatea absolută a bolnavelor a aparținut grupei de vîrstă între 50—70 ani (55 %), cele de sub 40 ani fiind reprezentate în numai 15,7 %.

5. Incidența a fost mai crescută în mediul rural:

Tabelul nr. 3

	1963—1970	1971—1980	1963—1980
rural:	38 (60,31 %)	100 (52,35 %)	138 (54,3 %)
urban:	25 (39,68 %)	91 (47,64 %)	116 (45,7 %)
63 (100 %)	Total:	191 (100 %)	254 (100 %)

6. Repartizarea bolnavelor pe ocupații:

Tabelul nr. 4

	1963—1970	1971—1980	1963—1980
C.A.P.	22 (34,92 %)	51 (26,70 %)	73 (28,74 %)
muncitoare funcționare + intelectuale	3 (4,76 %)	20 (10,47 %)	23 (9,05 %)
pensionare casnice	9 (14,28 %)	16 (8,37 %)	25 (9,84 %)
	8 (12,69 %)	57 (29,84 %)	65 (25,59 %)
	21 (33,33 %)	47 (24,60 %)	68 (26,77 %)
Total:	63 (100 %)	191 (100 %)	254 (100 %)

7. O intervenție chirurgicală primară a fost executată în 88,97 % a cazurilor (226 din 254), în 84,12 % în perioada 1963—70, 90,57 % în perioada 1971—80. S-a renunțat la efectuarea intervenției în 28 cazuri incurabile cu metastaze îndepărtate. Operația a fost explorativă la 56 bolnave (24,77 %), paliativă la 118 (52,21 %), și radicală în 52 (23,00 %) cazuri, fiind dependentă de stadialitate și de natura leziunilor intraabdominale.

Cele 170 de operații radicale sau paliative au fost următoare:

— Histerectomie totală cu anexect. bilaterală	96 (56,47 %)
— Histerectomie totală cu anexect. unilaterală	1 (0,58 %)
— Histerectomie subtotală cu anexect. bilaterală	4 (2,35 %)
— Anexectomii (uni- și bilaterale)	67 (39,41 %)
— Chistectomii	2 (1,17 %)

Total: 170 (100 %)

Omentectomia a fost efectuată în mod asociat în 16 cazuri.

8. Un număr de 133 de bolnave (52,36 %) din totalul de 254, au fost reinternate o dată sau în repetate rînduri pentru efectuarea sau repetarea tratamentelor citostatice: au fost efectuate reintervenții la 16 bolnave (7,07 %). Reoperația a fost radicală în 6 cazuri la intervale de 6 săptămîni — 6 luni după prima intervenție (chistectomie sau anexectomie unilaterală) examenul histologic postoperator decelînd malignitatea ovarului extirpat. Aceste bolnave au primit tratament citostatic după prima operație cit și după reintervenție. Într-un caz operația „second look“ a fost efectuată la trei luni după o laparotomie explorativă care a decelat un neoplasm ovarian st. III urmată de tratament citostatic. La relaparotomie s-a efectuat histerectomie cu anexectomie bilaterală, dar procesul neoplazic a recidivat la cinci luni după reintervenție. Operația „second look“

a fost explorativă în 9 cazuri, în fiecare găsimdu-se un proces neoplazic peritoneal extins-metastatic, inoperabil.

9. În timpul și în primele zile după cele 242 operații executate (226 operații primare și 16 reintervenții), am înregistrat 7 decese. Mortalitatea intra- și postoperatorie precoce este deci de 2,89 %. Cauza decesului a fost o insuficiență cardio-circulatorie sau cardio-respiratorie la 6 bolnave și ileus mecanic postoperator într-un caz.

10. Tipul neoplasmului ovarian a fost stabilit coroborându-se datele anamnestice, clinice și histopatologice. Se știe că precizarea tipului, deci că un cancer ovarian este primar, secundar sau metastatic nu este de loc ușoară. Concluzia noastră la care am ajuns este că cele 226 femei operate au suferit în 81,41 % (184) de o tumoare malignă ovariană primitivă, în 15,04 % (34 cazuri) de un cancer ovarian secundar (malignizare a tumorii primitive benigne), iar în 3,53 % (8 cazuri) de o tumoare ovariană metastatică (tip Krukenberg) cu focar primitiv în alte organe (în 7 cazuri tubul digestiv, într-un caz sinul).

În ordinea frecvenței tipul histologic al malignomului ovarian extirpat sau cel precizat prin biopsie a fost:

Chistadenocarcinomul seros și mucoid papilifer, chistadenocarcinomul nepapilar, cancerul nediferențiat, adenocarcinomul de tip divers și un număr restrâns de neoplasme provenite din celule germinale.

11. Tratamentele asociate chirurgiei au fost citostatice, hormonale și actinoterapice, la un număr restrâns de cazuri folosindu-se și Au<sup>198</sup> administrat intraperitoneal și intralimfatic. Tratamentul citostatic a fost asociat intervenției chirurgicale, sau a constituit singurul tratament la 182 bolnave (71,65 %). Agenții chimioterapeutici folosiți, asocierile de agenți alchilanți, antimetaboliți, compuși antimitotici etc.), dozele, căile de administrare, numărul curelor au variat foarte mult în perioada studiată și nu putem să facem cu această ocazie o apreciere precisă a rezultatelor obținute.

12. Deși nu avem încă date complete privind supraviețuirile peste 3—5 ani și un recul de 3 ani pentru bolnavele internate și tratate în ultimii ani, apreciem că rezultatele noastre globale sînt puțin încurajatoare: supraviețuirile pe întreg lotul nu depășesc 20 %.



Am încercat în cele arătate mai sus să aruncăm o privire de ansamblu asupra datelor esențiale ale materialului nostru clinic de 18 ani, arătînd aspectele principale. Pentru a ajunge la concluzii definitive și concrete este nevoie de o analiză aprofundată a diferitelor probleme și aspecte parțiale, precum și de aprecierea rezultatelor obținute, respectiv al ratei supraviețuirilor.

Primele concluzii pe care putem să le formulăm sînt următoarele:

1. Materialul nostru dovedește creșterea numărului absolut și a incidenței cancerului de ovar și confirmă observațiile literaturii de specialitate mondiale.

2. Se constată o situație cu totul nesatisfăcătoare în ceea ce privește depistarea precoce sau în stadii curabile a cancerului de ovar, majoritatea covârșitoare a cazurilor noastre fiind luate în evidență în stadii avansate, deseori incurabile.

3. Posibilitățile și modalitățile terapeutice fiind determinate de stadiabilitatea bolii, operațiile cu intenție de radicalitate au fost posibile numai în 23 %.

4. Diagnosticul a fost precizat preoperator numai în 55,49 % a cazurilor și în majoritate pe baza simptomatologiei evidente a stadiilor avansate (tumoare palpatoric tipică, ascită etc.).

5. Rezultatele noastre terapeutice nu sînt deloc satisfăcătoare, dealtfel ca pretutindeni în lume.

6. Materialul nostru demonstrează evident justetea intențiilor noastre de a pune problematica cancerului de ovar în centrul preocupărilor noastre științifice și profilactico-curative pe viitorii 5 ani.

7. În stadiul actual al cunoștințelor noastre și al metodelor de diagnostic și tratament, considerăm că numai supravegherea ritmică a populației de risc prin examene clinice ginecologice, repetate cel puțin o dată pe an, ar putea crește incidența depistărilor precoce și aplicarea unui tratament radical eficient.

*Sosit la redacție: 25 septembrie 1981*

*C. Boğa, C. Rădulescu, E. Huszár, L. Nagy, I. Frâncu, L. Lázár,  
A. Kosztáczky-Markó, M. Tancău*

### **OVARY CANCER IN THE MATERIAL OF 18 YEARS OF THE CLINIC OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY, TIRGU MUREȘ**

The rising morbidity and mortality caused by ovary cancer all over the world has determined the authors to make a critical analysis of their material between 1963—1980. They have studied 254 women having ovary cancer, observing the following: 1. increase of incidence, 2. over 60 % of the cases were detected in an advanced stage, 3. radical operations were possible only in 23 % of the cases, 4. the diagnosis was established before the operation only in 55 % of the cases, and in most of them based on the symptomatology of advanced stages, 5. the results obtained by complex therapy (radio-surgical and cytostatic), as well as the rate of survival over 5 years were not satisfactory.

---