

Cirurgia Minimamente Invasiva - Um guia para doentes com cancro ginecológico

Um guia para doentes com cancro ginecológico



Conteúdo

Diferentes tipos de cirurgia disponíveis para doentes com cancro	4
Cirurgia minimamente invasiva (CMI)	4
Benefícios da CMI	6
Limitações da CMI	6
CMI em cancros ginecológicos	7
Como se preparar para a cirurgia	8
Pré-habilitação para cirurgia	9
Conclusões	9
Referências	10

Todos sabemos que receber um diagnóstico de cancro ginecológico pode ter um impacto bastante negativo. Enquanto doentes, ficamos em estado de choque e, muitas vezes, não conseguimos fazer as perguntas mais simples.

Ouvimos falar de diferentes abordagens, mas não sabemos qual será a mais adequada para o nosso caso.

Muitas vezes, no tratamento do cancro ginecológico, a cirurgia é inevitável. Este pode ser um momento muito stressante no percurso da doente, em que é tão necessário ter informações e garantias.

O avanço tecnológico na cirurgia, nos últimos anos, abriu novas possibilidades para um público mais vasto.

O objetivo desta brochura é explicar as diferentes abordagens cirúrgicas e ajudar as doentes a prepararem-se para o que podem encontrar no período pré e pós-operatório.

Diferentes tipos de cirurgia disponíveis para doentes com cancro

Nos casos de cancro ginecológico, a cirurgia representa frequentemente a base do tratamento, juntamente com o tratamento médico, quimioterapia ou radioterapia, sempre que necessário.

Em geral, a escolha da abordagem cirúrgica tem de ser adaptada ao tipo de cancro e à disseminação da doença.

Existem diferentes tipos de cirurgia:

- 1. Cirurgia aberta – o cirurgião faz uma incisão no abdómen suficientemente grande para realizar o procedimento utilizando instrumentos manuais.
- 2. Cirurgia laparoscópica – o cirurgião faz pequenas incisões no abdómen e opera utilizando instrumentos especiais de cabo longo/instrumentos cirúrgicos laparoscópicos, enquanto visualiza imagens ampliadas do laparoscópio (câmara) num ecrã.
- 3. Cirurgia laparoscópica robótica – os instrumentos cirúrgicos laparoscópicos são ligados a braços robóticos que o cirurgião controla através de um sistema robótico para efetuar o procedimento.

Cirurgia minimamente invasiva (CMI)

Trata-se de uma alternativa à cirurgia aberta para o cancro ginecológico. Tanto as cirurgias laparoscópicas convencionais como as robóticas são consideradas minimamente invasivas. A laparoscópica permite que o cirurgião efetue a cirurgia fazendo várias incisões pequenas (0,5–2 cm) em vez de uma incisão abdominal grande, denominada laparotomia. Nas CMI, são introduzidos instrumentos cirúrgicos nas pequenas incisões no abdómen e manuseados pelos cirurgiões a partir do exterior.

Considera-se que tanto a cirurgia laparoscópica como a robótica são abordagens cirúrgicas minimamente invasivas, uma vez que ambas são realizadas com uma técnica semelhante, sobretudo na colocação do acesso cirúrgico e na posição do cirurgião.

A cirurgia laparoscópica realiza-se, habitualmente, através de três acessos-chave, geralmente na parte inferior do abdómen, e um acesso ligeiramente maior no umbigo. O cirurgião principal fica junto à mesa de operações, e a cirurgia é efetuada com mais dois assistentes.

É efetuada uma abordagem semelhante no caso da laparoscopia robótica, que também utiliza três a quatro orifícios, mais um para a câmara (ligeiramente maior do que os acessos laparoscópicos), que podem ser colocados em diversos locais, dependendo do sistema robótico escolhido. Ao contrário da cirurgia laparoscópica normal, o cirurgião principal encontra-se na consola central do dispositivo, instalada no interior do bloco operatório, enquanto o primeiro e o segundo assistentes ficam junto à mesa de operações.



Cirurgia laparoscópica



Cirurgia robótica

Benefícios da CMI

Tendo em conta que a segurança oncológica continua a ser a prioridade da cirurgia oncológica ginecológica e que a escolha da abordagem cirúrgica é feita em função do que precisamos de tratar, o benefício da CMI (laparoscopia ou laparoscopia robótica) tem sido amplamente afirmado na literatura médica. De facto, está bem demonstrado que uma abordagem minimamente invasiva pode ter um impacto positivo na recuperação do doente¹⁾, por apresentar diversas vantagens: incisões mais pequenas, internamentos hospitalares mais curtos, recuperação mais rápida, melhor visualização, devido à ampliação da imagem, menor necessidade de analgésicos pós-operatório e menor risco de complicações (como perda de sangue, infeção da ferida ou herniação)^{2,3)}. Estas características são particularmente importantes na oncologia, em que um período de recuperação mais curto pode facilitar um intervalo mais breve para tratamentos pós-operatórios, como quimioterapia ou radioterapia⁴⁾.

Os procedimentos laparoscópicos robóticos têm várias vantagens: a visão binocular e as imagens tridimensionais permitem uma melhor perceção da profundidade, o que pode facilitar os procedimentos laparoscópicos avançados. A consola está localizada longe do doente, permitindo que o cirurgião opere numa posição confortável, sentado, numa posição mais ergonómica e menos cansativa. Além disso, a curva de aprendizagem do cirurgião é mais breve, relativamente à laparoscopia tradicional⁵⁾.

De um modo geral, os resultados positivos em termos de segurança (tanto oncológica como em relação à taxa de complicações) da CMI em oncologia ginecológica foram amplamente demonstrados, pelo que a utilização de uma abordagem cirúrgica minimamente invasiva é recomendada por diretrizes internacionais^{6,7)} em contextos de tratamento concretos, em função do tipo de cancro e

Limitações da CMI

A laparoscopia tradicional tem algumas limitações, sobretudo relacionadas com uma curva de aprendizagem mais longa do equipamento cirúrgico e com uma perceção limitada da profundidade, uma vez que a imagiologia se limita a imagens principalmente bidimensionais⁴⁾. Atualmente, está também disponível equipamento tridimensional. Para ultrapassar estas limitações, foram introduzidas várias inovações nas últimas décadas, de melhores instrumentos laparoscópicos à cirurgia robótica, o que representa um avanço tecnológico da laparoscopia convencional capaz de facilitar a aplicação de técnicas minimamente invasivas para cirurgias complexas, como em doentes obesos/ com excesso de peso⁸⁾.

As desvantagens podem resumir-se a: custo elevado do equipamento robótico, redução da perceção tátil por parte do cirurgião e uma incisão ligeiramente maior (que pode ter impacto nos resultados estéticos finais)⁴⁾.

CMI em cancros ginecológicos

Na cirurgia oncológica ginecológica, a escolha da abordagem cirúrgica tem de ser adaptada em função da histologia do cancro e da extensão da doença. Especificamente, segundo as diretrizes da ESGO⁶, nos cancros do endométrio e do ovário que se suspeite estarem em fase inicial (quando a doença está confinada aos ovários ou ao útero sem qualquer evidência de disseminação intra-abdominal) pode recorrer-se a CMI, visto que foi demonstrado que não tem um impacto negativo nos resultados oncológicos. Pelo contrário, se houver indicadores de que a doença terá disseminado para fora do local de origem, a cirurgia é geralmente realizada através de uma laparotomia (incisão abdominal na linha média), uma vez que permite aos cirurgiões remover toda a doença visível, que é o principal objetivo dos procedimentos cirúrgicos. Nos casos de cancro do ovário avançado, o papel da CMI é crucial para escolher uma via de tratamento, já que, em muitos centros, se realiza uma laparoscopia de diagnóstico⁹ isoladamente ou no início da cirurgia, para avaliar a disseminação da doença e decidir se a cirurgia primária (através de laparotomia) é uma opção, ou se a doente deverá fazer quimioterapia neoadjuvante.

Nos casos de cancro do colo do útero passíveis de tratamento cirúrgico (doença localmente avançada), à luz de publicações recentes sobre a associação entre a abordagem cirúrgica e os resultados dos doentes, o papel da CMI continua a ser debatido¹⁰. De facto, segundo as diretrizes internacionais¹¹, apesar de a laparotomia ser a abordagem padrão, a CMI pode ser considerada apenas nos chamados tumores de baixo risco (pequenos e completamente excisados após conização), em centros com elevada experiência na realização de histerectomia radical com CMI, e somente se a doente concordar após discussão exaustiva com o médico sobre as evidências atuais.

Geralmente, o cirurgião principal é responsável por discutir com a doente e escolher uma estratégia de tratamento, que inclui a abordagem cirúrgica (CMI ou laparotomia) e os procedimentos cirúrgicos. Devem ser tidas em conta tanto a extensão da doença como a literatura disponível sobre a associação da CMI e os resultados oncológicos para cada caso específico.



Como se preparar para a cirurgia

A preparação pré-operatória para a cirurgia, por vezes designada “pré-habilitação”, é geralmente planeada de modo a diminuir o stress e melhorar a qualidade de vida do doente. Isto ajuda o corpo a recuperar mais rapidamente após o procedimento. Em geral, apesar de as políticas hospitalares poderem variar, “educar” o doente é um fator decisivo para este processo. É aconselhável deixar de fumar, uma vez que pode prejudicar a cicatrização das feridas e causar complicações pulmonares. Deve ser dada prioridade à otimização das comorbilidades médicas pré-existentes, como hipertensão arterial e diabetes, a par de uma melhoria da nutrição, também associada a melhores resultados pós-operatórios¹²⁾.

Os doentes podem levar alguém para os ajudar na admissão hospitalar e, dependendo das políticas do hospital, ter um acompanhante durante o internamento pós-operatório. Todas as regras podem ser discutidas com a equipa médica e de enfermagem durante a admissão.

Algumas pessoas partilham a sua experiência positiva com a pré-habilitação, como a otimização da sua saúde física e mental através da prescrição de exercício físico, nutrição e intervenções psicológicas com base nas necessidades. Tendo em conta as experiências relatadas, a preparação foi útil do ponto de vista psicológico como um plano a que aspiravam. Manteve as suas mentes ocupadas com outro assunto que não a preocupação com a cirurgia e constituiu um objetivo para o qual trabalhar após a cirurgia. Em alguns casos, até criou hábitos positivos que mantiveram na reabilitação após a cirurgia.



Reabilitação pós-cirúrgica

Diversos estudos demonstraram que a CMI reduz a duração do internamento pós-operatório e permite uma recuperação mais rápida¹³). A maioria das doentes pode ter alta hospitalar no mesmo dia ou um dia após a operação. No período pós-operatório inicial, e em conformidade com o protocolo de recuperação melhorada após a cirurgia (ERAS), a alimentação oral deverá ser restabelecida o mais rapidamente possível, a par da remoção do acesso intravenoso e do cateter vesical. A mobilidade imediata dos doentes parece ser da maior importância para permitir uma recuperação mais rápida, além de reduzir o tempo de recuperação e de internamento hospitalar. Também ajuda a prevenir ou diminuir o risco ou a gravidade de várias complicações pós-operatórias, como infeções pulmonares, episódios tromboembólicos venosos, íleo e atrofia muscular. Na ausência de fatores de risco – como mobilidade reduzida, obesidade e episódios tromboembólicos anteriores –, a trombopprofilaxia prolongada, para prevenir a formação de trombos, não é geralmente recomendada em casos de CMI.

O principal objetivo de um programa de recuperação melhorado é, em última análise, garantir uma alta célere, que deve incluir informações adequadas sobre alterações no funcionamento intestinal e recomendação de dieta pós-operatória, informações sobre tratamentos posteriores/consultas externas e a necessidade de um contacto designado para se encarregar das preocupações dos doentes após a alta.

PERSPETIVA DO DOENTE

„A reabilitação foi crucial para mim quando fui submetida a uma cirurgia minimamente invasiva para oncologia ginecológica. As principais dicas que eu daria incluem mobilidade precoce, exercícios para o pavimento pélvico, cinesioterapia respiratória, gestão eficaz da dor, nutrição adequada, apoio emocional, regresso gradual às atividades, acompanhamento regular e consideração de programas de reabilitação especializados.

Estas estratégias apoiam a recuperação, previnem complicações, melhoram a função física, promovem o bem-estar emocional e asseguram uma recuperação ótima para os doentes no seu percurso pós-operatório“.

Conclusões

Na oncologia ginecológica, a abordagem cirúrgica minimamente invasiva representa uma alternativa válida e segura à laparotomia em determinados tipos de cancro e estadios da doença. Nos casos em que os dados disponíveis na literatura fornecem uma base adequada sobre a segurança e os resultados oncológicos, a abordagem cirúrgica minimamente invasiva, quer se trate de laparoscopia convencional ou de cirurgia laparoscópica robótica, pode ser proposta às doentes, visando uma recuperação mais rápida e a redução de complicações pós-operatórias.

Aguardam-se os resultados dos ensaios em curso para expandir, potencialmente, o papel da CMI nos cancros ginecológicos

Referências

1. Velanovich V. Laparoscopic vs open surgery: a preliminary comparison of quality-of-life outcomes. *Surg Endosc*. 2000 Jan;14(1):16–21. doi: 10.1007/s004649900003. PMID: 10653229.
2. Agha R, Muir G. Does laparoscopic surgery spell the end of the open surgeon? *JR Soc Med*. 2003 Nov;96(11):544–6. doi: 10.1177/014107680309601107. PMID: 14594961; PMCID: PMC539626.
3. Nanavati AJ, Nagral S. Why have we embraced minimally invasive surgery and ignored enhanced recovery after surgery? *J Minim Access Surg*. 2016 Jul–Sep;12(3):299–301. doi: 10.4103/0972–9941.181392. PMID: 27279409; PMCID: PMC4916764.
4. Leita MM Jr, Kreaden US, Laudone V, Park BJ, Pappou EP, Davis JW, Rice DC, Chang GJ, Rossi EC, Hebert AE, Slee A, Gonen M. The RECOURSE Study: Long-term Oncologic Outcomes Associated With Robotically Assisted Minimally Invasive Procedures for Endometrial, Cervical, Colorectal, Lung, or Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Surg*. 2023 Mar 1;277(3):387–396. doi: 10.1097/SLA.0000000000005698. Epub 2022 Sep 8. PMID: 36073772; PMCID: PMC9905254.
5. Nezhat F. Minimally invasive surgery in gynecologic oncology: laparoscopy versus robotics. *Gynecol Oncol*. 2008 Nov;111(2 Suppl):S29–32.
6. Colombo N, Sessa C, du Bois A, Ledermann J, McCluggage WG, McNeish I, Morice P, Pignata S, Ray-Coquard I, Vergote I, Baert T, Barlow J, D'Amico A, Olbrecht S, Planchamp F, Querleu D; ESMO–ESGO Ovarian Cancer Consensus Conference Working Group. ESMO–ESGO consensus conference recommendations on ovarian cancer: pathology and molecular biology, early and advanced stages, borderline tumours and recurrent disease†. *Ann Oncol*. 2019 May 1;30(5):672–705. doi: 10.1093/annonc/mdz062. PMID: 31046081.
7. Concin N, Matias-Guiu X, Vergote I, Cibula D, Mirza MR, Marnitz S, Ledermann J, Bosse T, Chargari C, Fagotti A, Fotopoulou C, Gonzalez Martin A, Lax S, Lorusso D, Marth C, Morice P, Nout RA, O'Donnell D, Querleu D, Raspollini MR, Sehouli J, Sturdza A, Taylor A, Westermann A, Wimberger P, Colombo N, Planchamp F, Creutzberg CL. ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Cancer*. 2021 Jan;31(1):12–39. doi: 10.1136/ijgc-2020-002230. Epub 2020 Dec 18. PMID: 33397713.
8. Cusimano MC, Simpson AN, Dossa F, Liani V, Kaur Y, Acuna SA, Robertson D, Satkunaratnam A, Bernardini MQ, Ferguson SE, Baxter NN. Laparoscopic and robotic hysterectomy in endometrial cancer patients with obesity: a systematic review and meta-analysis of conversions and complications. *Am J Obstet Gynecol*. 2019 Nov;221(5):410–428.e19. doi: 10.1016/j.ajog.2019.05.004. Epub 2019 May 10. PMID: 31082383.
9. Fagotti A, Ferrandina G, Fanfani F, Ercoli A, Lorusso D, Rossi M, Scambia G. A laparoscopy-based score to predict surgical outcome in patients with advanced ovarian carcinoma: a pilot study. *Ann Surg Oncol*. 2006 Aug;13(8):1156–61. doi: 10.1245/ASO.2006.08.021. Epub 2006 Jun 21. PMID: 16791447.
10. Ramirez PT, Frumovitz M, Pareja R, Lopez A, Vieira M, Ribeiro R, Buda A, Yan X, Shuzhong Y, Chetty N, Isla D, Tamura M, Zhu T, Robledo KP, Gebisi V, Asher R, Behan V, Nicklin JL, Coleman RL, Obermair A. Minimally Invasive versus Abdominal Radical Hysterectomy for Cervical Cancer. *NEJM*. 2018 Nov 15;379(20):1895–1904. doi: 10.1056/NEJMoa1806395. Epub 2018 Oct 31. PMID: 30380365.
11. Cibula D, Raspollini MR, Planchamp F, Centeno C, Chargari C, Felix A, Fischerová D, Jahnn-Kuch D, Joly F, Kohler C, Lax S, Lorusso D, Mahantshetty U, Mathevet P, Naik R, Nout RA, Oaknin A, Peccatori F, Persson J, Querleu D, Bernabé SR, Schmid MP, Stepanyan A, Svintsitskyi V, Tamussino K, Zapardiell, Lindegaard J. ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with cervical cancer—Update 2023. *Int J Gynecol Cancer*. 2023 May 1;33(5):649–666. doi: 10.1136/ijgc-2023-004429. PMID: 37127326; PMCID: PMC10176411.
12. Barber EL, Van Le L. Enhanced Recovery Pathways in Gynecology and Gynecologic Oncology. *Obstet Gynecol Surv*. 2015 Dec;70(12):780–92. doi: 10.1097/OGX.0000000000000259. PMID: 26676149; PMCID: PMC4683417.
13. Bogani G, Sarpietro G, Ferrandina G, Gallotta V, Di Donato V, Ditto A, Pinelli C, Casarin J, Ghezzi F, Scambia G, Raspagliesi F. Enhanced recovery after surgery (ERAS) in gynecology oncology. *Eur J Surg Oncol*. 2021 May;47(5):952–959. doi: 10.1016/j.ejso.2020.10.030. Epub 2020 Oct 28. PMID: 33139130.



A ENGAGe gostaria de agradecer aos autores, aos colaboradores e aos membros do Grupo Executivo da ENGAGe pela sua constante disponibilidade e trabalho na atualização desta ficha informativa.

A ENGAGe deseja expressar os seus sinceros agradecimentos à autora, Dra. Valentina Ghirardi (Itália), e aos revisores da brochura, nomeadamente Dr. Tibor Zwimpfer (Suíça), Dra. Ane Gerda Eriksson (EUA), Dr. Jordi Ponce Sebastia (Espanha) e Dr. Artem Stepanyan (Arménia).

A ENGAGe deseja também agradecer a Nuket Bilgen (Turquia), Charo Hierro (Espanha) e Kim Hulscher (Países Baixos) por facultarem as perspetivas dos doentes.

Informações de contacto da ENGAGe

Webpage: <https://engage.esgo.org/>

Email: engage@esgo.org

Facebook: <https://www.facebook.com/engage.esgo>

A ENGAGe recomenda que contacte a sua associação de doentes local!

