



FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

**IMPACTO DO ESTADIAMENTO FIGO 2018 EM PACIENTES COM CÂNCER DE
COLO DO ÚTERO EM CLÍNICA ESPECIALIZADA DA CIDADE DO RECIFE
IMPACT OF FIGO 2018 STAGING ON PATIENTS WITH CERVICAL CANCER IN
A SPECIALIZED CLINIC IN THE CITY OF RECIFE**

Artur Lício Rocha Bezerra Júnior¹, Maria Eduarda Magno Golçalves¹, Fernanda Braga Torres¹,
Gabriela Bacelar Gama Vieira¹, Artur Lício Rocha Bezerra^{1,2}

¹Faculdade Pernambucana de Saúde. Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861 - Imbiribeira,
Recife - PE, 51150-000.

²Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Rua dos Coelhoos, 300
Boa Vista, Recife – PE. CEP: 50070-550.

Reconhecimento de apoio ao estudo: FAPE– Fundo de Apoio a Pesquisa e ensino do IMIP,
através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

RECIFE – PE
2021

Orientador: Prof. Dr. Artur Lício Rocha Bezerra

Função: Médico especialista em Cirurgia Geral e Cirurgia Oncológica; mestre em Cirurgia Geral pela Universidade Federal de Pernambuco; doutor em Oncologia pela Fundação Antônio Prudente – São Paulo; tutor da FPS – Laboratórios – Procedimentos; professor titular da disciplina de oncologia da Universidade de Pernambuco (UPE).

Autor: Artur Lício Rocha Bezerra Júnior

Estudante de graduação do 12º período do curso de medicina na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS -IMIP)

Coautor: Maria Eduarda Magno Gonçalves

Estudante de graduação do 10º período do curso de medicina na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS -IMIP)

Coautor: Fernanda Braga Torres

Estudante de graduação do 8º período do curso de medicina na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS -IMIP)

Coautor: Gabriela Bacelar Gama Vieira

Estudante de graduação do 8º período do curso de medicina na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS -IMIP)

RESUMO

Objetivo: Em 2018 foi publicada pela FIGO uma nova classificação para o câncer do colo uterino. O objetivo deste estudo foi analisar o impacto na evolução e tratamento destas pacientes. **Métodos:** Estudo retrospectivo e longitudinal. CAEE: 45830821.4.0000.5569. Foram incluídos pacientes diagnosticados com câncer de colo do útero submetidos à histerectomia radical com linfadenectomia pélvica, no período de 2005 a 2018. **Resultados:** 51 pacientes foram avaliados. Pertenceram ao estágio IB1 60,8% das pacientes, seguidas dos estágios IB2 (17,6%), IA1(11,8%), IA2 (5,9%) e IIA (3,9%). No estadiamento FIGO 2018, 39,1% das participantes foram classificadas como estadio IB1 - IB3 (19,6%), IB2 (15,7%), IA1

(11,8%), IIIC1 (9,8%), IIA1 (2%) e IA2 (2%) - . Uma mudança do estadiamento ocorreu em 26 (50,9%) pacientes, sempre para um estadiamento superior (*upstaging*). A maioria das mudanças ocorreu no estadiamento Ib (85%), sendo 18 devido ao tamanho do tumor e 4 pela presença de metástases linfonodais. Não houveram relações estatisticamente relevantes entre a mudança de estadio e a sobrevida global ou sobrevida livre de doença. **Conclusão:** a nova classificação da FIGO 2018 influencia na escolha da terapêutica e no prognóstico. Não foram encontradas medidas de associação estatisticamente significativas neste estudo. A literatura atual carece de pesquisas a respeito do tema em regiões menos favorecidas.

Palavras-chave: *câncer, colo de útero, estadiamento, oncologia.*

ABSTRACT

Objective: In 2018, a new classification for cervical cancer was published by FIGO. The aim of this study was to analyze the impact on the evolution and treatment of these patients.

Methods: Retrospective and longitudinal study. CAEE: 45830821.4.0000.5569. Patients diagnosed with cervical cancer who underwent radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy from 2005 to 2018 were included.

Results: 51 patients were evaluated. 60.8% of the patients belonged to stage 1B1, followed by stages IB2 (17.6%), IA1 (11.8%), IA2 (5.9%) and IIA (3.9%).

In the FIGO 2018 staging, 39.1% of the participants were classified as stage IB1 - IB3 (19.6%), IB2 (15.7%), IA1 (11.8%), IIC1 (9.8%), IIA1 (2%) and IA2 (2%)

- . A change in staging occurred in 26 (50.9%) patients, always to a higher stage (upstaging).

Most changes occurred at stage Ib (85%), 18 due to tumor size and 4 due to the presence of lymph node metastases. There were no statistically relevant relation between stage change and

overall survival or disease-free survival. **Conclusion:** the new FIGO 2018 classification influences the choice of therapy and prognosis. No statistically significant association measures

were found in this study. The current literature lacks research on the subject in less favored regions.

Keywords: *cancer, cervix uteri, staging, oncology*

Introdução:

No Brasil, o câncer de colo de útero ocupa a terceira posição de incidência e mortalidade em mulheres, sendo a região Nordeste responsável por uma das maiores taxas de mortalidade do país.^{1,2} Esta neoplasia está intimamente relacionada ao papiloma vírus humano (HPV), com virtualmente 100% dos casos diagnosticados tendo como origem lesões pré-neoplásicas geradas pela sua infecção.³

Devido ao seu longo período de evolução, a neoplasia cervical uterina tem o seu rastreio preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), através do exame citológico, ou Papanicolau, em mulheres com 25 anos que iniciaram atividade sexual.^{4,5}

O estadiamento de um câncer ajuda a determinar a sua gravidade e a melhor forma de tratá-lo. Até 2017, o sistema de estadiamento da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) para câncer de colo de útero era baseado primariamente no exame clínico, com procedimentos diagnósticos adicionais limitados.⁶

Esse estadiamento foi revisado em 2018, na mais nova versão, incorporando achados patológicos e radiológicos. As principais mudanças foram relacionadas ao estágio IB, que subdivide os tumores limitados macroscopicamente ao colo uterino, e a incorporação de um novo estágio, IIIC, definido pelo acometimento linfonodal pélvico ou para-aórtico. O objetivo dessas mudanças foi promover grupos prognósticos mais acurados, influenciando diretamente no tratamento dos tumores.^{6,7}

Dessa forma, nosso estudo investigou o impacto clínico desse estadiamento em uma série de pacientes tratadas cirurgicamente, de maneira uniforme, em uma clínica especializada da cidade do Recife.

Métodos:

Trata-se de um estudo retrospectivo e longitudinal realizado no Centro Pernambucano de Oncologia (CPO), uma clínica especializada da cidade do Recife.

Foram incluídos em nosso estudo dados de pacientes com diagnóstico de câncer de colo do útero submetidos à histerectomia radical com linfadenectomia pélvica, no período de 2005 a 2018. Neste período, no CPO, foram realizadas 6.908 consultas pelo mesmo profissional, das quais 1.927 foram relacionadas a patologias oncológicas mamárias ou uterinas; 210 pacientes tinham patologias do colo uterino e 51 foram submetidas a histerectomia radical com linfadenectomia pélvica.

Os critérios de inclusão foram: pacientes com carcinoma de colo uterino estágio I a estágio IIa, submetidas a histerectomia radical com linfadenectomia pélvica, sem outra malignidade sincrônica e dados dos prontuários disponíveis. O estadiamento FIGO 2018 foi aplicado retrospectivamente baseado no laudo histopatológico final.

Os pesquisadores se reuniram semanalmente durante seis meses para a realização da coleta de dados, que foram tornados anônimos. Os dados foram recrutados conforme questionário que se encontra no anexo 1 e transferidos para uma planilha do Excel (Versão 1808). Posteriormente, as informações coletadas foram analisadas no programa Softwares SPSS 13.0 (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows.

Foram identificados 51 casos com dados completos para nossa análise, sendo eles: idade, procedência, queixas, número de filhos, diagnóstico pré-operatório, estadiamento de 2009, tipo histológico, profundidade da infiltração tumoral, tamanho do tumor, grau de diferenciação do tumor, margens tumorais, linfadenectomia, número total de linfonodos dissecados, número total de linfonodos metastáticos, data da cirurgia, complicações da cirurgia,

radioterapia pós-operatória, tipo de radioterapia, quimioterapia pós-operatória, recidiva, local de recidiva, data da última informação e situação do seguimento.

Foram obtidas curvas de sobrevida global e curvas de sobrevida livre de doença através do método Kaplan-Meier e regressão de Cox. Os grupos foram comparados através do Log Rank Test. Foi considerado para o intervalo o tempo, em dias, entre a data de cirurgia e a data de último contato ou, caso fosse apropriado, data de óbito. Além disso, foi realizado teste de associação entre variáveis através do teste exato de Fisher e o teste do qui-quadrado de Pearson.

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde (CAEE: 45830821.4.0000.5569).

Resultados:

A idade das pacientes variou de 29 a 79 anos (Mediana: 46). Dezoito (35%) pacientes tinham até 40 anos e 33 (65%) tinham mais de 40 anos. Trinta e seis (70,6%) pacientes provinham da região metropolitana do Recife enquanto 15 (29,4%) eram do interior de Pernambuco. O sangramento vaginal foi a principal queixa (27/51; 53%). A biópsia do tumor macroscópico no colo uterino foi a principal forma de diagnóstico, sendo realizada em 25 (49%) casos. Outras formas de diagnóstico foram exame preventivo (24; 47,1%) e conização por suposto NIC (2;4%). Uma (2%) paciente teve o diagnóstico durante operação cesareana.

Com relação ao estadiamento inicial (FIGO2009), a maioria (60,8%) pertenceu ao estágio IB1, seguidas dos estádios IB2 (17,6%), IA1(11,8%), IA2 (5,9%) e IIA (3,9%). No estadiamento FIGO 2018, a maioria das pacientes também permaneceu ao estágio IB1 (39,1%), porém com uma maior distribuição entre os grupos: IB3 (19,6%), IB2 (15,7%), IA1 (11,8%), IIIC1 (9,8%), IIA1 (2%) e IA2 (2%).

Uma mudança do estadiamento antigo para o novo estadiamento FIGO 2018 ocorreu em 26 (50,9%) pacientes, sempre para um estadiamento superior (upstaging). A maioria das mudanças ocorreu no estadiamento Ib (22; 85%), sendo 18 devido ao tamanho do tumor e 4

pela presença de metástases linfonodais. A distribuição das mudanças do estadiamento é apresentada na tabela 1.

Obtivemos a relação de 3 variáveis consideradas importantes para estratificação do prognóstico de pacientes com câncer de colo de útero – idade, grau de diferenciação e tipo histológico - segundo literatura internacional, com a mudança do estadiamento conforme Tabela 1. Quanto a idade e tipo histológico, observamos uma distribuição semelhante entre os grupo de pacientes que mudaram de estadiamento e as que não mudaram.

Entretanto, 63,64% das pacientes que mudaram de estadiamento possuíam um tumor com média ou baixa diferenciação, e 36,36%, baixa diferenciação. No grupo das pacientes que não mudaram de estadiamento, esta diferença foi menor, com os tumores de baixa diferenciação constituindo 47,62% da amostra. Nenhuma das 3 variáveis possuíam uma relação estatisticamente relevante com a variável “Mudança de estadio” ($p > 0,05$).

Quanto às características tumorais o tipo histológico predominante foi carcinoma espinocelular (28;54,9%), seguido por adenocarcinoma (21;41,2%) e carcinoma de células claras (2;3,9%). Houve 13 (36,1%) tumores bem diferenciados, 18 (50%) medianamente diferenciados e 5 (13,9%) mal diferenciados. O tamanho do tumor variou de 1 a 6 cm (mediana 2,8).

Todas as 51 pacientes submeteram-se a histerectomia radical com linfadenectomia pélvica por via convencional. O número de linfonodos ilíacos dissecados variou de 1 a 29 (mediana: 10).A linfadenectomia para-aórtica só seria realizada diante do achado de massa tumoral nessa região, o que não foi encontrado em nenhuma paciente. Houve 3 (5,9%) pacientes que tiveram complicações após a cirurgia, sendo estas deiscência parcial de ferida operatória (2; 3,9%) e infecção (1; 2%).

Vinte e seis (51%) pacientes submeteram-se à radioterapia adjuvante e 6 (11,8%) à quimioterapia (neste caso por comprometimento linfonodal ou associado à radioterapia nos casos de recorrência).

A tabela 2 mostra características tumorais e tipo de tratamento adjuvante nas 51 pacientes. As recidivas ocorreram em 7 (13,7%) pacientes, sendo 4 (57,1%) pélvicas, 2 (28,6%) vaginais e 1 (14,3%) pulmonar. A média de dias de seguimento foi de $1516,9 \pm 1723,0$ dias. Ao final do estudo, 41 (80,4%) estavam vivas sem doença e 1(2%) estava viva com doença. Houve 2 (3,9%) óbitos por doença e 7 (13,7%) pacientes foram perdidas no seguimento.

Não observamos uma relação estatisticamente significativa da mudança do estadiamento com a possibilidade de recidiva ou morte por doença. Considerando as 7 pacientes que recidivaram, 4 (57,1%) haviam trocado de estadiamento após a nova avaliação. O risco relativo para recidiva entre as pacientes que mudaram de estadiamento foi de 28% (IC95% 0,32 - 5,16, $p=1,000$). (tabela 3)

Não houve óbito durante o tempo de seguimento entre as pacientes que mudaram de estadiamento. As curvas de sobrevida e sobrevida livre de doença são apresentadas nas figuras 1 e 2.

Discussão:

A revisão da classificação da FIGO para o câncer de colo de útero proporcionou um grande avanço na distribuição de pacientes em estádios mais específicos, impactando, principalmente, no prognóstico e tratamento dos mesmos. No presente estudo foram analisados a frequência de alterações no estadiamento, assim como seu impacto clínico na sobrevida dessas pacientes.

A maioria das mulheres com câncer de colo no estágio IB é submetida ao tratamento cirúrgico e o tamanho tumoral é um reconhecido fator que interfere na sobrevida dessas

pacientes. A atualização do estágio IB foi útil para melhor diferenciar as taxas de sobrevida entre os grupos, visto que é significativamente diferente entre a doença do estágio IB1 e IB2.⁸

Berek e cols. e Matsuo e cols. relatam que mulheres com doença IB2 têm um risco quase 2 vezes maior de morte pelo câncer quando comparadas ao estágio IB1. Além disso, o estágio IB1 está relacionado a lesões de baixo grau e histologia de adenocarcinoma, enquanto que o estágio IB2 a lesões de alto grau e histologia de carcinoma escamoso.^{6,8}

Em nosso estudo, 26 (51%) pacientes modificaram seus estadiamentos. Não encontramos associação significativa entre as pacientes que mudaram de estadiamento com subtipo histológico, grau de diferenciação ou faixa etária.

Gregorio e cols. não evidenciaram diferença significativa na sobrevida livre de doença e sobrevida global entre os estádios recém-classificados IB1 (<2 cm), IB2 (entre 2 e 4 cm), IB3 (>4 cm); por outro lado, Matsuo e cols., em análise retrospectiva, relataram significativa diferença em relação à mortalidade entre esses três grupos de pacientes com câncer cervical.^{8,9}

Em nosso estudo, no estadiamento inicial da amostra, a maioria das pacientes (60,8%) pertencia ao estágio IB1, seguidas dos estádios IB2 (17,6%). Observou-se que, após reclassificação, o percentual de pacientes no estágio IB1 foi menor (20;39,1%) e houve maior distribuição entre os outros subgrupos (IB3 10;19,6% e IB2 8;15,7%).

Park e cols., em importante estudo, avaliaram desfechos em pacientes submetidas a histerectomia radical por câncer cervical, de acordo com o tamanho tumoral divididos em intervalos de 2 centímetros, algo semelhante a divisão do estágio IB em 2018. Cerca de 10% das pacientes tiveram recidiva da doença e 8% evoluíram para o óbito. A sobrevida livre de doença em 5 e 10 anos foi de 90% e 87%, enquanto a sobrevida global foi de 93% e 89%, respectivamente. A análise multivariada mostrou que o tamanho do tumor era um fator de risco independente associado à redução de sobrevida livre de doença e sobrevida global. Dessa

forma, o risco de recorrência e óbito foram maiores à medida que o tamanho tumoral aumentava em intervalos de 2 centímetros.¹⁰

Na presente análise, 41 (80,4%) participantes estavam vivas e sem doença ao final do seguimento. Duas pacientes (3,9%) foram a óbito e ambas foram classificadas como estágio IB1 nos dois estadiamentos. Essa evolução desfavorável talvez possa ser explicada pela não adição de tratamento adjuvante nestes casos e também pelo reduzido número da amostra. Não houve associação significativa entre a sobrevida global das pacientes com mudança de estadiamento e as que mantiveram o estadiamento (fig 1).

Ayham e cols., numa extensa análise de 425 pacientes, também não identificaram associação da mudança de estadiamento com a sobrevida global a 5 anos; comentam que, quando comparado ao sistema FIGO 2009, o sistema atual (2018) tem muitos subestádios, com poucos pacientes em cada um deles, resultando em uma diminuição do poder estatístico.¹¹ No estudo de De Gregório e cols., no entanto, pacientes que passaram para estadiamento maior tiveram pior intervalo livre de doença e pior sobrevida ($p=0.012$, HR 2.00, 95% CI 1.16– 3.47 e $p=0.008$, HR 2.32, 95% CI 1.22–4.40, respectivamente).⁹

No nosso estudo houveram 7 (13,7%) recidivas. O risco relativo para esta variável entre as pacientes reclassificadas foi de 28%, porém sem significância estatística (IC95% 0,32 - 5,16, $p=1,000$).

O acréscimo da avaliação linfonodal no estadiamento pode ter um impacto ainda maior na abordagem da paciente com câncer de colo uterino. O estágio IIIC, subdividido em IIIC1 (metástases ilíacas) e IIIC2 (metástases para-aórticas) tem distintos prognósticos.⁹ Em nosso estudo, 5 (9,8%) pacientes foram reclassificadas para o estágio IIIC1; uma delas (20%) teve recidiva tumoral tratada com êxito.

A literatura também apresenta algumas divergências quanto ao estadiamento IIIC. Enquanto Gregorio e cols. descreve que pacientes que foram reclassificados para este estágio

tiveram um prognóstico significativamente pior, Matsuo e cols relatam que o tamanho local do tumor tem importante influência na sobrevida deste subgrupo.^{8,9} Em seu estudo, a sobrevida de pacientes com estágio IIIc variou de 39% a 74% quando é levado em consideração os estágios T1 a T3 no período de 5 anos.⁸ Em nosso estudo, o tamanho local do tumor variou de 2 a 5 cm, o que poderia justificar, de antemão, a ausência de piores desfechos neste subgrupo de pacientes.

Em relação a características anatomopatológicas a presente investigação evidenciou, semelhante a outros autores (Liu e cols.), que o tipo histológico predominante foi o carcinoma espinocelular.¹² Na literatura atual, sabe-se da importante relação do CEC com o HPV, justificando sua maior predominância. Além disso, o grau de diferenciação mais predominante foi o com média diferenciação, em concordância com Gregorio et al, que teve quase metade de sua amostra com grau 2 de diferenciação (cerca de 48%), seguido de grau 3 e a minoria classificados como grau 1.⁹

Não houve óbito durante o tempo de seguimento entre as pacientes que mudaram de estadiamento. A taxa de óbito de 3,9% foi vista apenas no grupo que permaneceu na mesma classificação após a análise.

Em conclusão, a nova classificação da FIGO 2018 acrescenta importantes informações no estadiamento dos tumores de colo uterino que podem influenciar na escolha da terapêutica e no prognóstico. Embora o presente estudo não tenha identificado associação da mudança de estadiamento com a sobrevida das pacientes acreditamos que isto foi devido ao limitado número de pacientes da amostra.

Ainda carecemos de grandes estudos para validação do novo estadiamento em regiões menos favorecidas, onde o impacto desta mudança tem o potencial de ser extremamente significativo, devido ao caráter socio-demográfico inerente ao câncer de colo de útero.

Contribuição dos autores:

Concepção e planejamento do estudo: ALRBJ, MEMG, FBT, GBGV. Coleta, análise e interpretação dos dados: ALRBJ, MEMG, FBT, GBGV. Elaboração ou revisão do manuscrito: ALRBJ, MEMG, FBT, GBGV, ALRB. Aprovação da versão final do manuscrito: MPFC, ALRBJ, MEMG, FBT, GBGV, ALRB. Responsabilidade pública pelo seu conteúdo: ALRBJ, MEMG, FBT, GBGV, ALRB.

Referências:

1. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2019 [cited 2021 Aug 18]. Available from: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>
2. Atlas de Mortalidade por Câncer [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2019. Available from: <https://www.inca.gov.br/aplicativos/atlas-de-mortalidade-por-cancer>
3. Walboomers JMM, Meijer CJLM. Do HPV-negative cervical carcinomas exist? The Journal of Pathology. 1997 Mar;181(3):253–4.
4. Pretorius R, Semrad N, Watring W, Fotheringham N. Presentation of cervical cancer. Gynecologic Oncology [Internet]. 1991 Jul 1 [cited 2021 Sep 19];42(1):48–53.
5. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2018 [cited 2021 Feb 17]. Available from: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero>
6. Berek JS, Matsuo K, Grubbs BH, Gaffney DK, Lee SI, Kilcoyne A, et al. Multidisciplinary perspectives on newly revised 2018 FIGO staging of cancer of the cervix uteri. Journal of Gynecologic Oncology. 2019;30(2).
7. Pandharipande PV, Choy G, del Carmen MG, Gazelle GS, Russell AH, Lee SI. MRI and PET/CT for triaging stage IB clinically operable cervical cancer to appropriate therapy: decision analysis to assess patient outcomes. AJR American journal of roentgenology [Internet]. 2009 Mar 1 [cited 2021 Sep 19];192(3):802–14.

8. Matsuo K, Machida H, Mandelbaum RS, Konishi I, Mikami M. Validation of the 2018 FIGO cervical cancer staging system. *Gynecologic Oncology* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2020 Nov 5];152(1):87–93.
9. Outcomes after radical hysterectomy according to tumor size divided by 2-cm interval in patients with early cervical cancer. *Annals of Oncology* [Internet]. 2011 Jan 1;22(1):59–67.
10. Ayhan A, Aslan K, Bulut AN, Akilli H, Öz M, Haberal A, et al. Is the revised 2018 FIGO staging system for cervical cancer more prognostic than the 2009 FIGO staging system for women previously staged as IB disease? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2019 Jul;
11. Liu X, Wang J, Hu K, Zhang F, Meng Q, Wang W, et al. Validation of the 2018 FIGO Staging System of Cervical Cancer for Stage III Patients with a Cohort from China. *Cancer Management and Research* [Internet]. 2020 Feb 25 [cited 2020 May 27];12:1405–10.

Anexo 1 – Formulário de coleta.

1. Rg:
2. Idade:
3. Procedência: (0) Região Metropolitana do Recife (1) Interior de PE (2) Outro estado
4. Queixa Principal: (0) Sangramento (1) Corrimento (2) Dor pélvica (3) Assintomática (4) Outro (999) Sem informação
5. Paridade: () (999) Sem informação
6. Diagnóstico pré-operatório: (0) Exame preventivo (1) Biópsia de tumor macroscópico (2) Conização por suposta NIC (3) Cirurgia por outra patologia
7. Estadiamento 2009: (0) IA1 (1) IA2 (2) IB1 (3) IB2 (4) IIA (5) IIB (6) IIIB (7) IV (9) Sem informações
8. Estadiamento 2018: (0) IA1 (1) IA2 (2) IB1 (3) IB2 (4) IB3 (5) IIA1 (6) IIA2 (7) IIB (8) IIIB (9) IIIC1 (10) IIIC2
9. Mudou Estadiamento: (1) Sim (2) Não
10. Tipo histológico pré-operatório: (0) CEC (1) Adenocarcinoma (2) C. Células claras (3) Outros
11. Tipo histológico pós-operatório: (0) CEC (1) Adenocarcinoma (2) C. Células claras (3) outros
12. Profundidade da infiltração tumoral: () mm (999) Sem informações
13. Tamanho do tumor: () cm (999) Sem informações
14. Grau de diferenciação pré-operatória do tumor: (0) Bem diferenciado (1) Média diferenciação (2) Pouco diferenciado (999) Sem informações
15. Grau de diferenciação pós-operatória do tumor: (0) Bem diferenciado (1) Média diferenciação (2) Pouco diferenciado (999) Sem informações
16. Margem tumoral: (0) Livre (1) Comprometida
17. Número total de linfonodos dissecados: ()
18. Número total de linfonodos metastáticos: ()
19. Data da cirurgia: ___/___/___

20. Complicações da cirurgia: (0) Não (1) Infecção (2) Deiscência (3) Hemorragia (4) Fístula (9) Sem informação
21. Radioterapia pós-operatória: (0) Não (1) Sim (9) Sem informação
22. Tipo de radioterapia: (0) Braquiterapia (1) Radioterapia externa (2) Braquiterapia e radioterapia externa (999) Sem informações
23. Quimioterapia pós-operatória: (0) Não (1) Sim (9) Sem informação
24. Neoadjuvancia: (0) Não (1) Quimioterapia (2) Radioterapia
25. Recidiva: (0) Não (1) Sim
26. Data Recidiva: __/__/__ (999) Não se aplica
27. Tratamento recidiva (0) Cirurgia (1) Radioterapia (2) Quimioterapia (3) outros
28. Local da recidiva: (0) Vaginal (1) Regional (2) Pulmão (3) Ossos (4) Fígado) (5) Outros (6) Não se aplica (sem recidiva)
29. Data da última informação: __/__/__
30. Situação do seguimento: (0) Vivo sem doença (1) Vivo com doença (2) Óbito por câncer (3) Óbito por outra causa (4) Perdido
31. Desfecho: (1) Vivo (até último contato) (2) Óbito
32. Total de dias de seguimento: ____
33. Total de dias até recidiva: ____ (0) Não se aplica

Tabelas

Tabela 1. Distribuição das mudanças no estadiamento.

		FIGO 2018							
FIGO 2009	IA1	IA2	IB1	IB2	IB3	IIA1	IIIC1	IIIC2	TOTAL
IA1	6	0	0	0	0	0	0	0	6
IA2	0	1	2	0	0	0	0	0	3
IB1	0	0	18	8	3	0	2	0	31
IB2	0	0	0	0	7	0	2	0	9
IIA	0	0	0	0	0	1	1	0	2

Tabela 2. Associação entre pacientes que mudaram de estadiamento com subtipo histológico, grau de diferenciação celular e faixa etária.

Variável	Mudou estádio	Não mudou estádio	P-valor
Histologia			0,926
CEC	14 (53.85%)	12 (48%)	
Adenocarcinoma	10 (38,46%)	10 (10%)	
Câncer de células claras	1 (3.85%)	1 (4%)	
Outros	1 (3.85%)	2 (2%)	
Diferenciação histológica			0,741
Bem diferenciado	8 (36.36%)	10 (47.62%)	
Médio ou mal diferenciado	14 (63.64%)	11 (52.38%)	
Faixa etária			0.925
≥ 40 anos	18 (69.23%)	17 (68%)	
< 40 anos	8 (30.77%)	8 (32%)	

Tabela 3. Associação entre recidiva e pacientes que mudaram de estadiamento.

Variáveis	Recidiva				
	Sim	Não	RR	195% RR	p-valor *

	n (%)	n (%)			
Mudou estadiamento					
Sim	4 (15,4)	22 (84,6)	1,28	0,32 – 5,16	1,000
Não	3 (12,0)	22 (88,0)	1,00	---	

(*) Teste Exato de Fisher

Figuras:

Figura 1: Curva de sobrevida livre de doença.

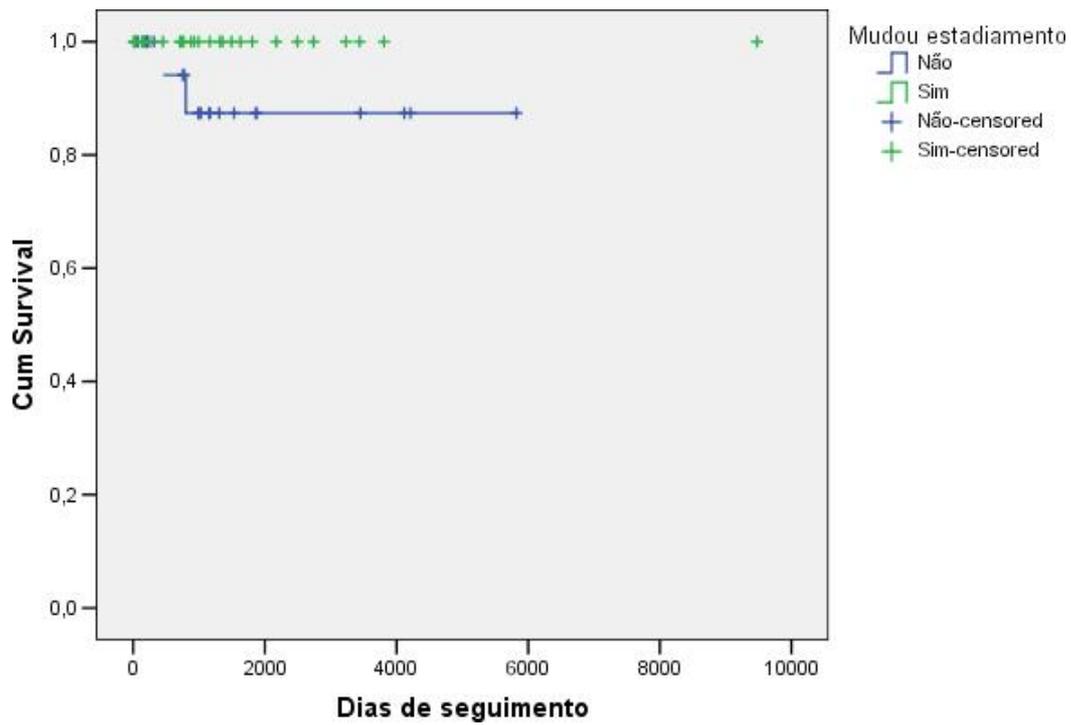


Figura 2: Curva de sobrevida global.

