



HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO
REINA SOFÍA

Papel de la linfadenectomía en el cáncer de endometrio en HGURS. ¿Hay alternativas?

Gracia Laborda, MR; Huelbes Ros, A; Almela Gurrea, A; Egea Prefasi, L; Machado Linde, F.

Hospital General Universitario Reina Sofía



- ▶ **Introducción**
- ▶ **Objetivos**
- ▶ **Material y métodos**
- ▶ **Resultados**
- ▶ **Conclusiones**
- ▶ **Bibliografía**

INTRODUCCIÓN

- ▶ El cáncer de endometrio es el 2º cáncer más frecuente en la mujer, por detrás del cáncer de mama.

Sentinel Lymph Node Mapping in Endometrial Cancer: A Comprehensive Review

Lirong Zhai¹, Xiwen Zhang², Manhua Cui² and Jianliu



frontiers
in Oncology



Does lymphadenectomy improve survival in patients with intermediate risk endometrial cancer? A multicentric study from the FRANCOGYN Research Group

Lilia Bougherara¹, Henri Azaïs¹, Hélène Béhal², Geoffroy Ca
Coutant⁴, Vincent Lavoue⁵, Lobna Ouldamer⁶, Olivier Grae

INTERNATIONAL JOURNAL OF
GYNECOLOGICAL CANCER

INTRODUCCIÓN

- ▶ El cáncer de endometrio es el 2º cáncer más **frecuente** en la mujer, por detrás del cáncer de mama.
- ▶ Tratamiento → **cirugía**: histerectomía + salpingooforectomía bilateral.

Sentinel Lymph Node Mapping in Endometrial Cancer: A Comprehensive Review

Lirong Zhai¹, Xiwen Zhang², Manhua Cui² and Jianliu



frontiers
in Oncology



Does lymphadenectomy improve survival in patients with intermediate risk endometrial cancer? A multicentric study from the FRANCOGYN Research Group

Lilia Bougherara¹, Henri Azais¹, H el ene B ehal², Geoffroy Ca
Coutant⁴, Vincent Lavoue⁵, Lobna Ouldamer⁶, Olivier Grae

INTERNATIONAL JOURNAL OF
GYNECOLOGICAL CANCER

INTRODUCCIÓN

- ▶ El cáncer de endometrio es el 2º cáncer más **frecuente** en la mujer, por detrás del cáncer de mama.
- ▶ Tratamiento → **cirugía**: histerectomía + salpingooforectomía bilateral.
- ▶ Pacientes de medio y alto riesgo: linfadenectomía (LAD) pélvica +- paraaórtica.

Sentinel Lymph Node Mapping in Endometrial Cancer: A Comprehensive Review

Lirong Zhai¹, Xiwen Zhang², Manhua Cui² and Jianliu



frontiers
in Oncology



Does lymphadenectomy improve survival in patients with intermediate risk endometrial cancer? A multicentric study from the FRANCOGYN Research Group

Lilia Bougherara¹, Henri Azaïs¹, Hélène Béhal², Geoffroy Ca
Coutant⁴, Vincent Lavoue⁵, Lobna Ouldamer⁶, Olivier Grae

INTERNATIONAL JOURNAL OF
GYNECOLOGICAL CANCER

INTRODUCCIÓN

- ▶ El cáncer de endometrio es el 2º cáncer más **frecuente** en la mujer, por detrás del cáncer de mama.
- ▶ Tratamiento → **cirugía**: histerectomía + salpingooforectomía bilateral.
- ▶ Pacientes de medio y alto riesgo: linfadenectomía (LAD) pélvica +- paraaórtica.
- ▶ La LAD se usa en **estadiaje** y puede influir en el tratamiento adyuvante. No ha demostrado efecto terapéutico y no están claros beneficios sobre la supervivencia.
- ▶ La LAD incrementa la morbilidad debida a la cirugía y la incidencia de complicaciones intra y postoperatorias y empeora la calidad de vida de las pacientes (*Zhai et al*).

Sentinel Lymph Node Mapping in Endometrial Cancer: A Comprehensive Review

Lirong Zhai¹, Xiwen Zhang², Manhua Cui² and Jianliu



frontiers
in Oncology



Does lymphadenectomy improve survival in patients with intermediate risk endometrial cancer? A multicentric study from the FRANCOGYN Research Group

Lilia Bougherara¹, Henri Azaïs¹, Hélène Béhal², Geoffroy Ca
Coutant⁴, Vincent Lavoue⁵, Lobna Ouldamer⁶, Olivier Grae

INTERNATIONAL JOURNAL OF
GYNECOLOGICAL CANCER

INTRODUCCIÓN

- ▶ La **ESGO** (enero 2021) recomienda la **biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC)** (A) para fines de estadiaje en pacientes de riesgo bajo e intermedio, y lo ofrece como alternativa aceptable a la LAD en pacientes de riesgo alto.



JAMA Surgery | **Original Investigation**

Assessment of Sentinel Lymph Node Biopsy vs Lymphadenectomy for Intermediate- and High-Grade Endometrial Cancer Staging

Maria C. Cusimano, MD; Danielle Vicus, MD; Katherine Pulman, MD; Manjula Maganti, MSc; Marcus Q. Bernardini, MD, MSc; Genevieve Bouchard-Fortier, MD; Stephane Laframboise, MD; Taymaa May, MD; Liat F. Hogen, MD; Allan L. Covens, MD; Lilian T. Gien, MD; Rachel Kupets, MD; Marjan Rouzbahman, MD; Blaise A. Clarke, MD; Jelena Mirkovic, MD; Matthew Cesari, MD; Gulisa Turashvili, MD; Aysha Zia, MD; Gabrielle E. V. Ene, BSc; Sarah E. Ferguson, MD

Feb 2021

INTRODUCCIÓN



- ▶ La **ESGO** (enero 2021) recomienda la **biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC)** (A) para fines de estadiaje en pacientes de riesgo bajo e intermedio, y lo ofrece como alternativa aceptable a la LAD en pacientes de riesgo alto.
- ▶ La **BSGC**, es una técnica ampliamente establecida para otros cánceres, que se está implantando para el CE con buenos resultados y baja morbilidad (*Cusimano et al*).

JAMA Surgery | **Original Investigation**

Assessment of Sentinel Lymph Node Biopsy vs Lymphadenectomy for Intermediate- and High-Grade Endometrial Cancer Staging

Maria C. Cusimano, MD; Danielle Vicus, MD; Katherine Pulman, MD; Manjula Maganti, MSc; Marcus Q. Bernardini, MD, MSc; Genevieve Bouchard-Fortier, MD; Stephane Laframboise, MD; Taymaa May, MD; Liat F. Hogen, MD; Allan L. Covens, MD; Lilian T. Gien, MD; Rachel Kupets, MD; Marjan Rouzbahman, MD; Blaise A. Clarke, MD; Jelena Mirkovic, MD; Matthew Cesari, MD; Gulisa Turashvili, MD; Aysha Zia, MD; Gabrielle E. V. Ene, BSc; Sarah E. Ferguson, MD

Feb 2021

INTRODUCCIÓN



- ▶ La **ESGO** (enero 2021) recomienda la **biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC)** (A) para fines de estadiaje en pacientes de riesgo bajo e intermedio, y lo ofrece como alternativa aceptable a la LAD en pacientes de riesgo alto.
- ▶ La **BSGC**, es una técnica ampliamente establecida para otros cánceres, que se está implantando para el CE con buenos resultados y baja morbilidad (*Cusimano et al*).
- ▶ Proporciona una alternativa para la LAD:
 - Suficiente información para estadiaje, pronóstico y guía del tratamiento adyuvante (sensibilidad 95-100%, valor predictivo negativo 98-100% en pacientes con CE de alto riesgo).
 - Reduce la comorbilidad y mejora la calidad de vida postquirúrgica.
 - SIN comprometer los resultados en cuanto a supervivencia.

JAMA Surgery | **Original Investigation**

Assessment of Sentinel Lymph Node Biopsy vs Lymphadenectomy for Intermediate- and High-Grade Endometrial Cancer Staging

Maria C. Cusimano, MD; Danielle Vicus, MD; Katherine Pulman, MD; Manjula Maganti, MSc; Marcus Q. Bernardini, MD, MSc; Genevieve Bouchard-Fortier, MD; Stephane Laframboise, MD; Taymaa May, MD; Liat F. Hogen, MD; Allan L. Covens, MD; Lilian T. Gien, MD; Rachel Kupets, MD; Marjan Rouzbahman, MD; Blaise A. Clarke, MD; Jelena Mirkovic, MD; Matthew Cesari, MD; Gulisa Turashvili, MD; Aysha Zia, MD; Gabrielle E. V. Ene, BSc; Sarah E. Ferguson, MD

Feb 2021

INTRODUCCIÓN



- ▶ La **ESGO** (enero 2021) recomienda la **biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC)** (A) para fines de estadiaje en pacientes de riesgo bajo e intermedio, y lo ofrece como alternativa aceptable a la LAD en pacientes de riesgo alto.
- ▶ La **BSGC**, es una técnica ampliamente establecida para otros cánceres, que se está implantando para el CE con buenos resultados y baja morbilidad (*Cusimano et al*).
- ▶ Proporciona una alternativa para la LAD:
 - Suficiente información para estadiaje, pronóstico y guía del tratamiento adyuvante (sensibilidad 95-100%, valor predictivo negativo 98-100% en pacientes con CE de alto riesgo).
 - Reduce la comorbilidad y mejora la calidad de vida postquirúrgica.
 - SIN comprometer los resultados en cuanto a supervivencia.

JAMA Surgery | **Original Investigation**

Assessment of Sentinel Lymph Node Biopsy vs Lymphadenectomy for Intermediate- and High-Grade Endometrial Cancer Staging

Maria C. Cusimano, MD; Danielle Vicus, MD; Katherine Pulman, MD; Manjula Maganti, MSc; Marcus Q. Bernardini, MD, MSc; Genevieve Bouchard-Fortier, MD; Stephane Laframboise, MD; Taymaa May, MD; Liat F. Hogen, MD; Allan L. Covens, MD; Lilian T. Gien, MD; Rachel Kupets, MD; Marjan Rouzbahman, MD; Blaise A. Clarke, MD; Jelena Mirkovic, MD; Matthew Cesari, MD; Gulisa Turashvili, MD; Aysha Zia, MD; Gabrielle E. V. Ene, BSc; Sarah E. Ferguson, MD

Feb 2021

OBJETIVOS

- ▶ Valorar y describir población del Área VII con CE en los últimos 5 años.
- ▶ Conocer las tasas de recidiva y los factores asociados a esta.
- ▶ Valorar la implementación de la Biopsia selectiva de ganglio centinela en el tratamiento del CE en nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

- ▶ Estudio analítico observacional retrospectivo de base hospitalaria.
- ▶ Unicéntrico: Hospital General Universitario Reina Sofía.
- ▶ Se han recuperado variables demográficas y clínicas básicas, y las biopsias de las historias clínicas de todas las pacientes diagnosticadas de forma consecutiva de cáncer de endometrio en los últimos 5 años (Enero 2017 - Enero 2022) - 79 pacientes.
- ▶ Se realizó un análisis descriptivo de las variables y un análisis bivariante con test de chi cuadrado para variables categóricas.

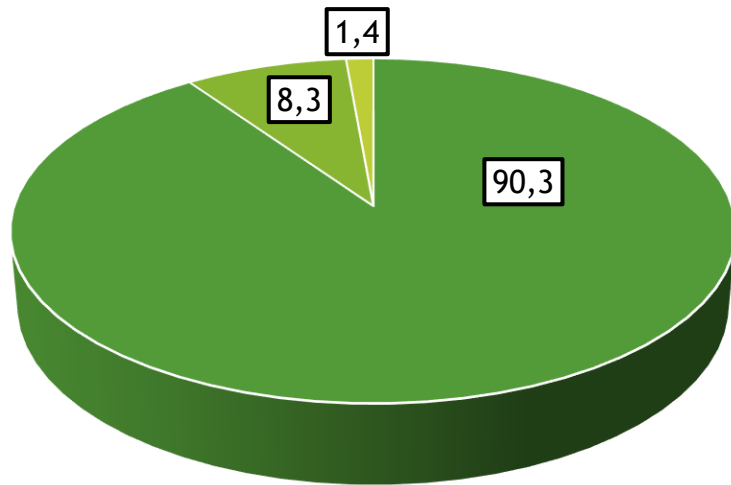
RESULTADOS

- Se recogieron 79 pacientes con cáncer de endometrio entre enero de 2017 y enero de 2022.

Edad	63.41 +- 12.1 años
IMC	31.43 +- 6.76
Obesidad	56.7% pacientes IMC \geq 30

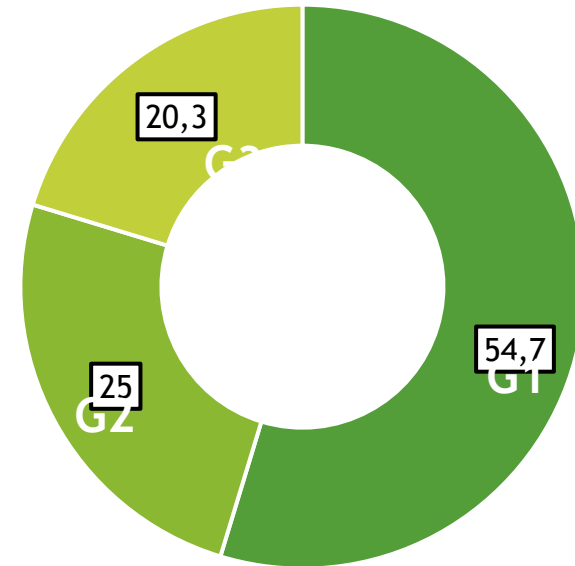
RESULTADOS

Tipo histológico



- Adenocarcinoma endometrioides
- Adenocarcinoma seroso
- Adenocarcinoma mucinoso

Grado histológico

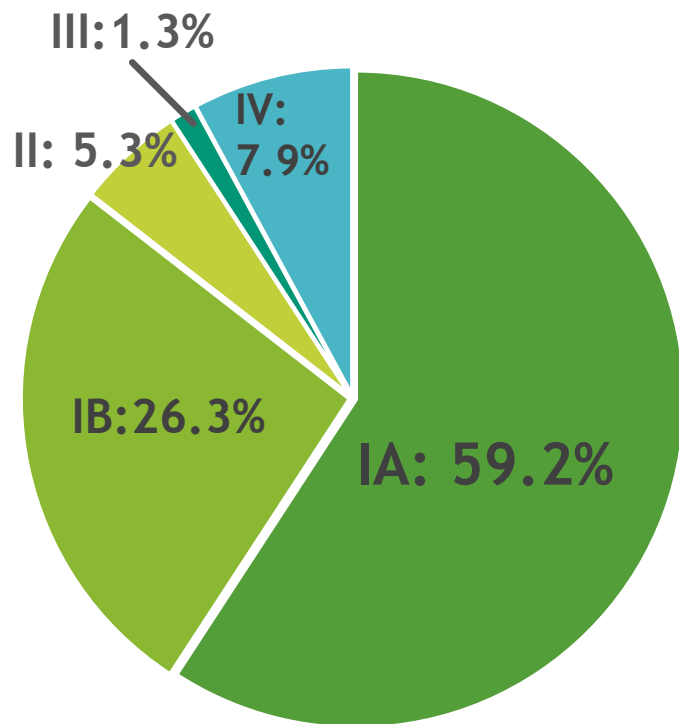


- G1
- G2
- G3

¿Inmunohistoquímica?

RESULTADOS

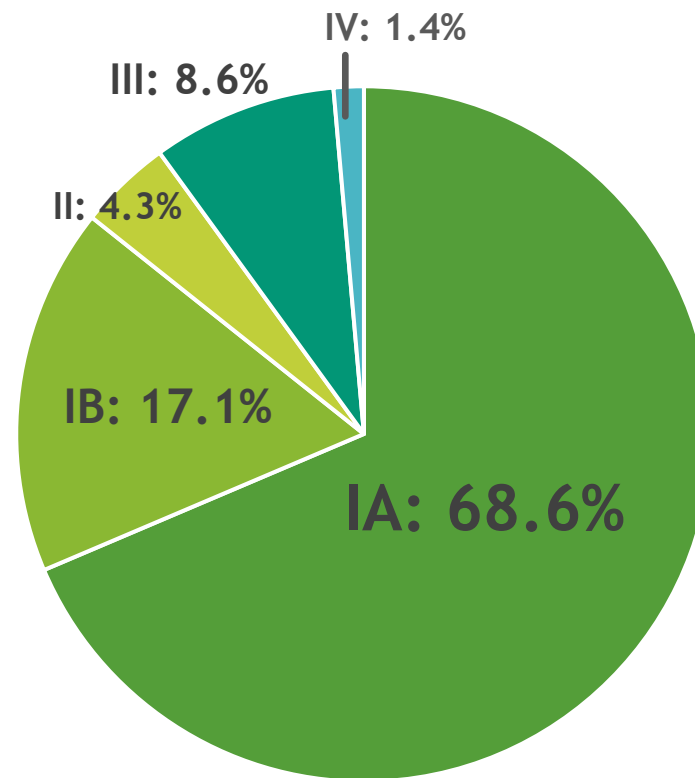
Estadio prequirúrgico



■ IA ■ IB ■ II ■ III ■ IV

n: 79

Estadio postquirúrgico



■ IA ■ IB ■ II ■ III ■ IV

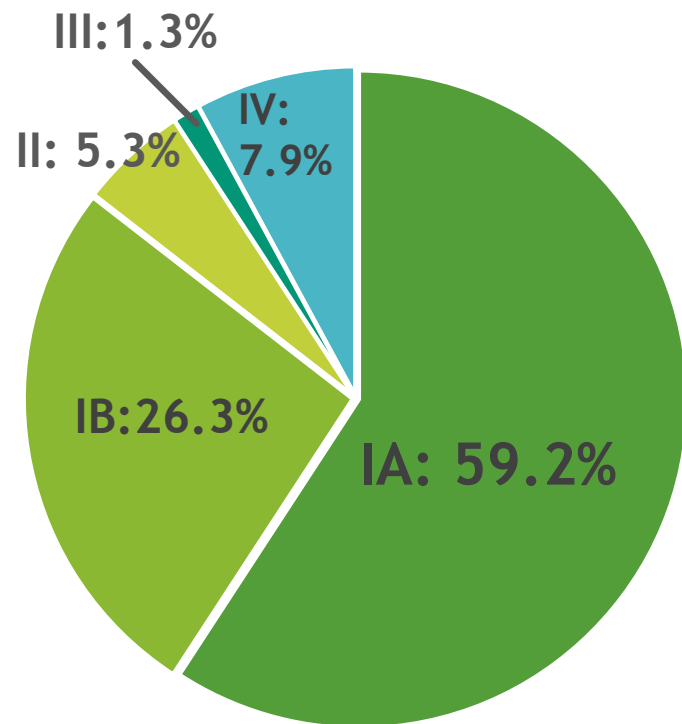
n: 72

7 pacientes no intervenidas

>85% estadio I

RESULTADOS

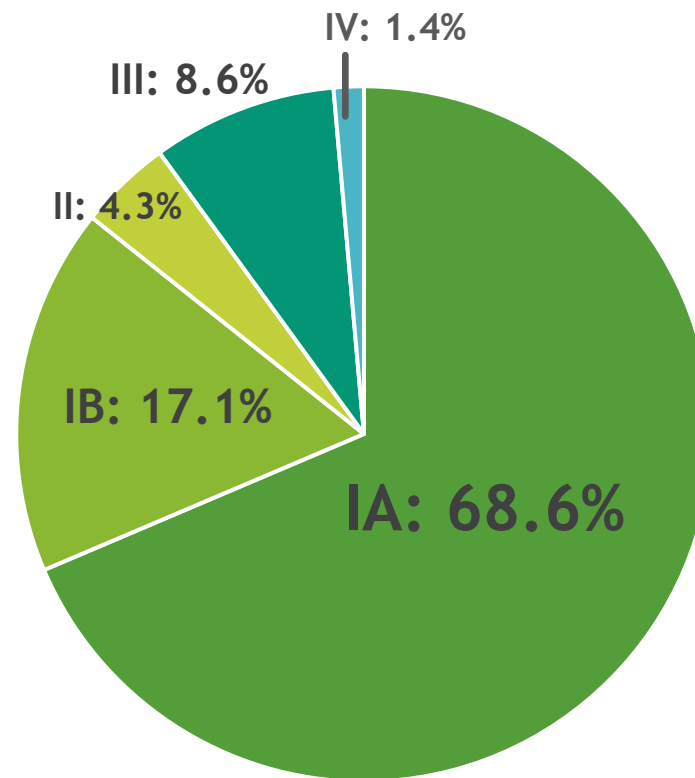
Estadio prequirúrgico



■ IA ■ IB ■ II ■ III ■ IV

n: 79

Estadio postquirúrgico



■ IA ■ IB ■ II ■ III ■ IV

n: 72

7 pacientes no intervenidas

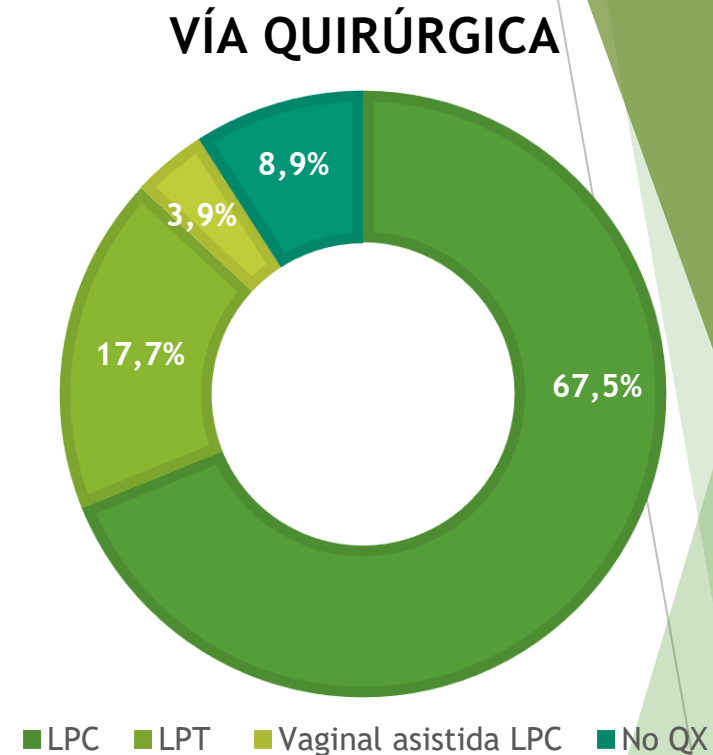
6.5% de las pacientes presentaba un cáncer sincrónico:

- 5.2% ca. ovario
- 1.3% ca. cérvix

RESULTADOS: Tratamiento

79 pacientes con cáncer :

- 7 no fueron subsidiarias de cirugía.
- 72 pacientes operadas
 - 53 cirugía vía laparoscópica.
 - 14 cirugía vía laparotomía.
 - 3 cirugía vía vaginal asistida por laparoscopia.



Linfadenectomía: se realizó a pacientes con factores de mal pronóstico como estadio prequirúrgico IB o mayor, G3...

Se realizó linfadenectomía pélvica **al 34,2%** de las pacientes (26), y se añadió paraaórtica (4) en el 5,2%.

LINFADENECTOMIA NEGATIVA	METÁSTASIS GANGLIONARES
84% (22)	16% (4)

RESULTADOS: Recidivas

RECIDIVAS	N (%)	
NO recidiva	64 (94.1%)	
RECIDIVA	4 (5.9%)	
	A DISTANCIA	50%
	VAGINAL	25%
	GANGLIONAR	25%

MUERTE	N (%)
Fallecidas	6 (7.8%)
	5 pacientes de las no subsidiarias de cirugía
	1 paciente con adenocarcinoma seroso, estadio IIIC, linfadenectomía + y recidiva posterior a distancia.

RECIDIVA		SI		NO		P
		n	%	n	%	
ESTADIAJE PREQUIRÚRGICO	IA	1	2.27	43	97.73	0.122
	IB	2	18.18	18	81.82	
	II	1	50	2	50	
	III	1	100	0	0	
	IV	0	0	1	100	
LINFADENECTOMÍA PELVICA	SI	2	8	2	4.65	0.572
	NO	23	92	41	95.35	
LINFADENECTOMIA PARAAÓRTICA	SI	0	0	4	100	0.606
	NO	4	6.25	60	93.75	
<u>RESULTADO LINFADENECTOMÍA</u>	NEGATIVA	0	0	21	100	0.001
	POSITIVA	2	50	2	50	
<u>ESTADIAJE POSTQUIRÚRGICO</u>	IA	1	2.13	46	97.87	0.002
	IB	0	0	12	100	
	II	1	33.33	2	66.67	
	III	2	40	3	60	
	IV	1	100	0	0	

RECIDIVA		SI		NO		P
		n	%	n	%	
ESTADIAJE PREQUIRÚRGICO	IA	1	2.27	43	97.73	0.122
	IB	2	18.18	18	81.82	
	II	1	50	2	50	
	III	1	100	0	0	
L P						0.572
L P						0.606
<u>RESULTADO LINFADENECTOMÍA</u>	NEGATIVA	0	0	21	100	0.001
	POSITIVA	2	50	2	50	
<u>ESTADIAJE POSTQUIRÚRGICO</u>	IA	1	2.13	46	97.87	0.002
	IB	0	0	12	100	
	II	1	33.33	2	66.67	
	III	2	40	3	60	
	IV	1	100	0	0	

- Existió más tasa de recidivas en pacientes en las que el resultado de la LAD fue positivo (50% recidiva frente al 0% en las LAD negativas) (p=0.001).
- A mayor estadiaje, parece existir mayor tasa de recidivas (p=0.002)

RECIDIVA		SI		NO		P
		n	%	n	%	
<u>TIPO HISTOLÓGICO EN PIEZA</u>	ADC ENDOMETRIOIDE	2	3.57	54	96.43	0.011
	ADC SEROSO	2	33.33	4	66.67	
	ADC MUCINOSO	0	0	6	100	
	AUSENCIA NEOPLASIA	0	0	1	100	
GRADO HISTOLÓGICO	G1	0	0	35	100	0.059
	G2	2	13.33	13	86.67	
	G3	2	16.67	10	83.33	
INVASIÓN MIOMETRIAL	NO	0	0	7	100	0.161
	SI, <50%	1	2.86	34	97.14	
	SI, >50%	3	15	17	85	
<u>INVASIÓN CERVICAL</u>	SI	2	28.57	5	71.43	0.011
	NO	2	3.64	53	96.36	
INVASIÓN LINFOVASCULAR	SI	1	16.67	5	83.33	0.284
	NO	3	4.36	53	96.64	

RECIDIVA		SI		NO		P
		n	%	n	%	
<u>TIPO HISTOLÓGICO EN PIEZA</u>	ADC ENDOMETRIOIDE	2	3.57	54	96.43	0.011
	ADC SEROSO	2	33.33	4	66.67	
	ADC MUCINOSO	0	0	6	100	
	ALISENCIA	0	0	1	100	
GR						0.059
						.67
						.33
INV						0.161
	SI, <50%	1	2.86	34	97.14	
	SI, >50%	3	15	17	85	
<u>INVASIÓN CERVICAL</u>	SI	2	28.57	5	71.43	0.011
	NO	2	3.64	53	96.36	
INVASIÓN LINFOVASCULAR	SI	1	16.67	5	83.33	0.284
	NO	3	4.36	53	96.64	

- Existió más tasa de recidivas en pacientes con adenocarcinoma de tipo seroso (33%, frente al 3.6% de endometriode) (p=0.011).
- La presencia de invasión cervical en pieza quirúrgica se mostró como factor de riesgo para la recidiva (29% frente al 3.6%)(p=0.011).

Y con estos datos...

¿A qué conclusiones
llegamos?



CONCLUSIONES

1. El CE es un cáncer frecuente en nuestro medio, habitualmente se diagnostica en estadios precoces, y con tratamiento quirúrgico, tiene un buen pronóstico y bajas tasas de recidiva (<6%).
2. El rendimiento de la LAD, aun solo realizada en pacientes de riesgo alto, es bajo, siendo el 84% de ellas negativas en nuestra área. Aunque puede ofrecer información, la mayoría de las pacientes no tendrán beneficios a nivel oncológico.
3. Se objetivó mayor incidencia de recidiva en pacientes de alto riesgo: con tipo histológico no endometriode, estadiajes mayores y en pacientes con LAD positiva.
4. La BSGC ofrece información pronóstica, a la vez que evita morbilidad asociada a la linfadenectomía y sin comprometer resultados en supervivencia.

CONCLUSIONES

5. La **BSGC** ofrece información pronóstica a la vez que evita morbilidad asociada a la linfadenectomía, la mayoría de veces innecesaria; y sin comprometer resultados en supervivencia.



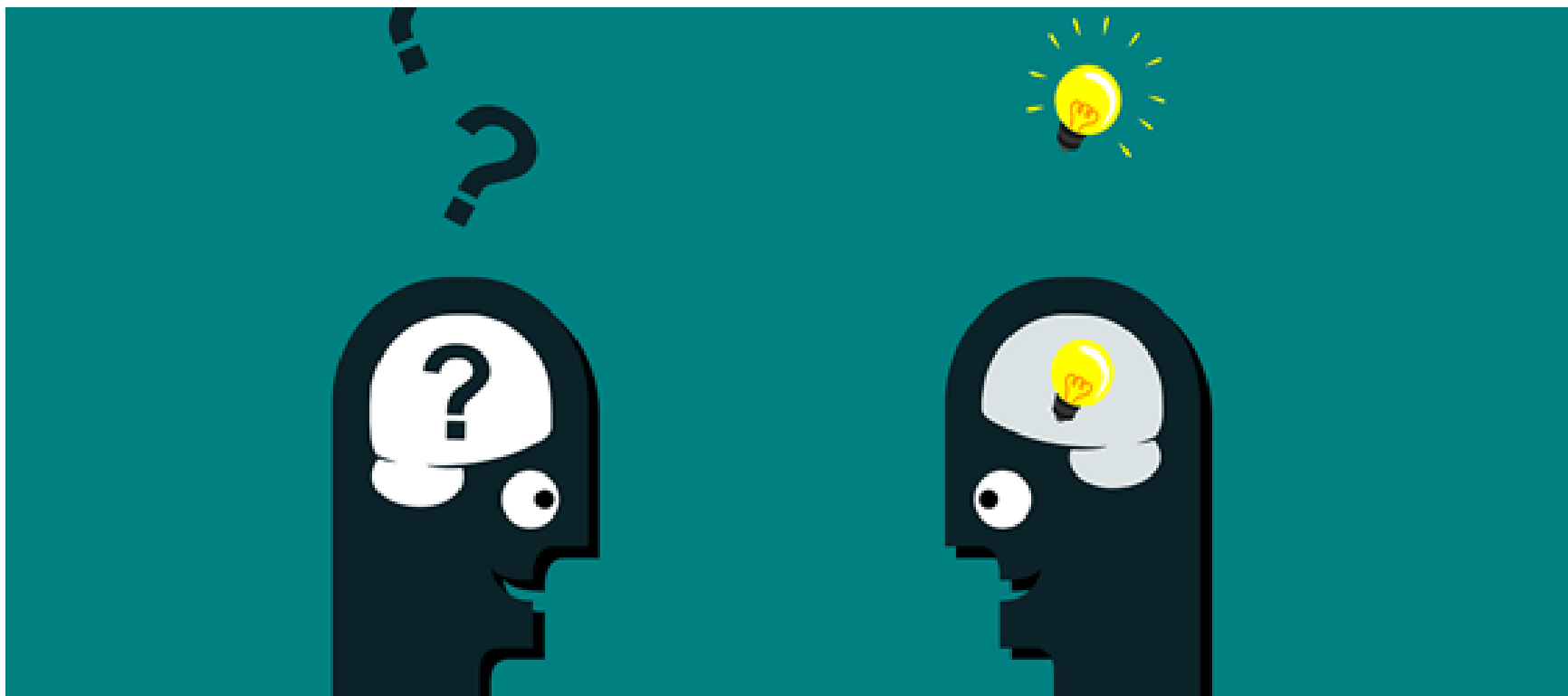
Por todo ello, sobre todo ante la llegada de la cirugía robótica a la Región, se plantea incluir la BSGC en nuestro servicio con el fin de continuar realizando un estadiaje óptimo.

Bibliografía

1. Concin N, et al. ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Cancer*. 2021. Jan; 31(1):12-39.
2. Cusimano MC, Vicus D, Pulman K, Maganti M, Bernardini MQ, Bouchard-Fortier G et al. Assessment of Sentinel Lymph Node Biopsy vs Lymphadenectomy for Intermediate- and High-Grade Endometrial Cancer Staging. *JAMA Surg*. 2021 Feb 1;156(2):157-164.
3. Zhai L, Zhang X, Cui M, Wang J. Sentinel Lymph Node Mapping in Endometrial Cancer: A Comprehensive Review. *Front Oncol*. 2021 Jun 29;11:701758.
4. Papathelemis T, Hassas D, Gerken M, Klinkhammer-Schalke M, Scharl A, Lux MP et al. Is there a benefit of lymphadenectomy for overall and recurrence-free survival in type I FIGO IB G1-2 endometrial carcinoma? A retrospective population-based cohort analysis. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2018 Oct;144(10):2019-2027.
5. Papathelemis T, Scharl S, Kronberger K, Gerken M, Scharl A, Pauer A et al. Survival benefit of pelvic and paraaortic lymphadenectomy in high-grade endometrial carcinoma: a retrospective population-based cohort analysis. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2017 Dec;143(12):2555-2562.
6. Frost JA, Webster KE, Bryant A, Morrison J. Lymphadenectomy for the management of endometrial cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Oct 2;10(10):CD007585.
7. Clark, L. H. & Soper, J. T. (2016). Endometrial Cancer and the Role of Lymphadenectomy. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 71 (6), 353-360.
8. Salman L, Cusimano MC, Marchocki Z, Ferguson SE. Sentinel Lymph Node Mapping in High-Grade Endometrial Cancer. *Curr Oncol*. 2022 Feb 14;29(2):1123-1135.
9. Soliman PT, Westin SN, Dioun S, Sun CC, Euscher E, Munsell MF et al. A prospective validation study of sentinel lymph node mapping for high-risk endometrial cancer.
10. Rossi EC, Kowalski LD, Scalici J, Cantrell L, Schuler K, Hanna RK et al. A comparison of sentinel lymph node biopsy to lymphadenectomy for endometrial cancer staging (FIRES trial): a multicentre, prospective, cohort study. *Lancet Oncol*. 2017 Mar;18(3):384-392.



HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO
REINA SOFÍA



GRACIAS



Pacientes no operadas:

1. 85. Estadio IV, (mts oseas e implantes), la paciente **rechazó cirugía** y RT paliativa.
2. 81 a. Comorbilidad (diálisis, prótesis aortica, ictus), **rechazo cirugía**, deseo RT paliativa.
3. 84 a. Patología cardiaca. Desestimada por **anestesia**.
4. 75 a. Estadio IV. **QT sin respuesta**.
5. 51 a. Estadio IV. **QT sin respuesta**.
6. 54 a. **Cáncer concomitante:** Ca mucinoso + ca indiferenciado concomitante con enfermedades diseminada. Tratamiento con QT.
7. 45 a. **Cáncer concomitante:** Adc cérvix concomitante no operable.