

CARCINOMA DELL'OVARIO

Prof. Roberto Zarcone

EPIDEMIOLOGIA

n Epoca postmenopausale

n Incidenza aumenta con l'età

FATTORI DI RISCHIO

- n donne con parenti di I° grado affette da tumore dell'ovaio, tumore della mammella e tumore del colon
- n Nullipare
- n donne sottoposte a tecniche di fecondazione assistita con stimolazione dell'ovulazione.

Classificazione istologica

1) *CARCINOMI EPITELIALI (più frequenti)*

- n cistoadenocarcinoma sieroso (70%)
- n cistoadenocarcinoma mucinoso (20%)
- n carcinoma indifferenziato (4%)
- n carcinoma a cellule chiare (4%)
- n carcinoma endometrioido (2%)

2) *TUMORI DELLE CELLULE GERMINALI (20%)*

- n Disgerminoma
- n carcinoma embrionale
- n tumore del seno entodermico
- n coriocarcinoma
- n teratoma

3) *TUMORI DELLO STROMA OVARICO*

- n tumore a cellule della granulosa
- n tumore a cellule del Sertoli-Leydig
- n androblastoma
- n ginandroblastoma

4) *ALTRI TIPI*

- n linfomi
- n sarcomi, ecc.

QUADRO CLINICO

- n sintomi generali aspecifici (perdita di peso, astenia, anoressia)
- n complicazioni ostruttive (ostruzione rettale, ostruzione delle vie urinarie, dispareunia)
- n dolore addominale in sede pelvica
- n masse addominali palpabili
- n ascite.

QUADRO CLINICO

- n Dolore acuto (da torsione oppure rottura degli annessi, con conseguente emoperitoneo), pollachiuria dovuta a compressione sulla vescica, ostruzione intestinale, sanguinamenti vaginali anormali, e irregolarità mestruali
- n Se producono ormoni, possono determinare la comparsa di irsutismo o pubertà precoce.

DIAGNOSI

Prima tappa dell'iter diagnostico

ESAME CLINICO

- n Esame pelvico con palpazione bimanuale retto-vaginale
- n Palpazione e percussione dell'addome
- n Esame obiettivo toracico e delle stazioni linfoghiandolari superficiali

DIAGNOSI

- n ***ECOGRAFIA TRANSVAGINALE (I livello)***
con ecocoloroppler
- n **Dosaggio sierici dei *MARKERS TUMORALI***
(Ca125,CEA nei tumori epiteliali; betaHCG
e AFP per quelli germinali)
- n ***LAPAROTOMIA ESPLORATIVA***
- n ***LAPAROSCOPIA***
- n ***TAC addominopelvica con mdc e/o RMN***
- n ***RX torace in AP e LL***

IMMAGINE ECOGRAFICA DI CANCRO OVARICO



I markers tumorali dei carcinomi ovarici

- n a) Il **CA125** elevato nell'80% delle pazienti con carcinomi epiteliali ovarici. I valori normali sono <35 U/mL. Bisogna tenere conto che il CA125 può essere elevato anche in patologie ginecologiche di natura benigna (endometriosi, leiomiomi, malattia infiammatoria pelvica, sindrome di Meig) e anche malattie non ginecologiche (epatite, pancreatite, lupus eritematoso sistemico, diverticolite).
- n Elevati livelli di **CEA** si riscontrano nel 65% dei casi di adenocarcinoma mucinoso
- n b) La catena beta della gonadotropina corionica umana (**beta-HCG**), elevata nei coriocarcinomi, nei carcinomi embrionali, e nei disgerminomi. La beta-HCG può essere aumentata anche in corso di gravidanza e di mola idatiforme.
- n c) L'alfa-fetoproteina (**alfa-FP**), elevata nei tumori del seno endodermico e nei carcinomi embrionali. L'alfa-FP può essere aumentata anche in corso di patologie epatiche (carcinoma epatocellulare, cirrosi ed epatite).

CLASSIFICAZIONE FIGO DEL CARCINOMA OVARICO

Stadio I	Tumore limitato alle ovaie
Stadio IA	Tumore limitato ad un ovaio; assenza di ascite. Assenza di tumore sulla superficie esterna, capsula intatta
Stadio IB	Tumore limitato ad entrambe le ovaie; assenza di ascite. Assenza di tumore sulla superficie esterna; capsula intatta
Stadio IC	Tumore Stadio IA o IB ma con tumore sulla superficie di una o di entrambe le ovaie; o con rottura della capsula o con presenza di ascite positiva per cellule tumorali maligne o con lavaggio peritoneale positivo.
Stadio II	Tumore esteso ad una o entrambe le ovaie, con diffusione pelvica
Stadio IIA	Estensione e/o metastasi all'utero e/o alle tube
Stadio IIB	Estensione ad altri tessuti pelvici
Stadio IIC	Tumore Stadio IIA o IIB ma con tumore sulla superficie di una o di entrambe le ovaie; o con rottura della capsula o con presenza di ascite positiva per cellule tumorali maligne o con lavaggio peritoneale positivo.
Stadio III	Tumore di una o entrambe le ovaie con diffusione peritoneale esterna alla pelvi e/o linfonodi retro peritoneali positivi. Metastasi alla superficie epatica. Il tumore è limitato alla pelvi, ma con diffusione neoplastica istologicamente documentata al piccolo intestino o all'omento.
Stadio IIIA	Tumore limitato alla pelvi con linfonodi negativi ma diffusione microscopica alle superfici addominali peritoneali istologicamente confermata.
Stadio IIIB	Tumore di una o entrambe le ovaie con impianti alle superfici addominali peritoneali istologicamente confermati, non superiori a 2 cm. Linfonodi negativi.
Stadio IIIC	Impianti addominali > 2 cm di diametro e/o Linfonodi retro peritoneali inguinali positivi
Stadio IV	Tumore di una o entrambe le ovaie con metastasi a distanza, versamento pleurico con esame citologico positivo presenza di metastasi epatiche intraparentimali.

FATTORI PROGNOSTICI

- n Stadio clinico
- n Tipo istologico
- n Grado istologico
- n Età
- n Malattia residua dopo chirurgia

Terapia chirurgica delle forme circoscritte (Stadio I-II)

- n Aspirazione del liquido libero in cavità, lavaggio peritoneale per esame citologico
- n Ovariosalpingectomia bilaterale ed isterectomia totale
- n Exeresi dei peduncoli ovarici all'origine
- n Omentectomia infracolica (in caso di positività macroscopica anche omentectomia gastrocolica)
- n Appendicectomia (solo se otticamente interessata)
- n Linfadenectomia retroperitoneale (vedi paragrafo interessamento linfonodale)
- n Biopsia di ogni area otticamente sospetta
- n Biopsia a random - in assenza di localizzazioni macroscopiche - nelle sedi aderenziali, plica vescico-uterina, docce

Terapia chirurgica delle forme avanzate citoriduzione primaria (Stadi III - IV)

Integrazione terapeutica fra chirurgia e chemioterapia:

- n 1) chirurgia iniziale finalizzata alla più ampia asportazione delle sedi neoplastiche con lo scopo di ridurre drasticamente la popolazione cellulare neoplastica ("debulking") rendendo più efficace la successiva chemioterapia concentrata su una minore quantità di malattia
- n 2) chemioterapia iniziale finalizzata alla distruzione della cellularità neoplastica allo scopo di facilitare la successiva chirurgia.

Terapia conservativa

Può essere considerata nei casi che risultino istologicamente all'esame estemporaneo "tumori a bassa malignità potenziale" o "borderline" o "invasivi stadio I" in donne giovani e/o desiderose di prole e solo dopo specifico consenso informato, poiché le recidive nei successivi 10 anni sono del 15-30%.

Dopo la chemioterapia o la radioterapia adiuvante, alcuni pazienti necessitano di una seconda laparotomia ("second look laparotomy"), specialmente se i livelli del marker CA125 diventano >35 U/mL.

Follow-up

Il controllo del marker CA 125 (per i casi che esprimono tale marcatore) e della ecografia addomino-pelvica, sono le metodiche più facilmente ripetibili, riservando la TAC, la RM ai casi che pongano quesiti particolari.