

Principali Patologie degli Annessi (Tube di Falloppio ed Ovaie)

Patologie benigne:

- Cisti semplici (Cistoadenomi sierosi/mucinosi)
- Cisti endometrioidiche (Vedi centro per la cura ed il trattamento dell' endometriosi)
- Cisti dermoidi (Teratomi cistici maturi)
- Patologie infiammatorie (Ascessi tubo-ovarici)

Tumori ovarici Border-Line

I tumori border-line dell' ovaio vengono definiti anche tumori a basso grado di malignità, perché non hanno la tendenza alla metastatizzazione (diffusione a distanza) ed è possibile eseguire nella maggioranza dei casi solo l'asportazione totale della lesione preservando una grande quantità di tessuto ovarico. Sono spesso diagnosticati in giovane età. Hanno generalmente una buona prognosi ma possono dare origine a tumori epiteliali di tipo 1. Questo tipo di tumore tende a recidivare, ma le pazienti giovani possono comunque giovare di una condotta conservativa.

Tumori epiteliali invasivi (maligni)

Derivano dalle cellule di rivestimento dell'ovaio. Rappresentano circa il 90% dei tumori maligni. Possono essere suddivisi in due tipi: tipo 1, i tumori sierosi di basso grado, i mucinosi, gli endometrioidi e i tumori a cellule chiare tipo 2, i tumori sierosi di alto grado che rappresentano i tumori ovarici più frequenti, spesso diagnosticati in stadio avanzato.

Tumori germinali

Sono circa il 5% dei tumori ovarici e originano dalle cellule da cui deriva l'ovocita. Nell'80% dei casi si manifestano prima dei 30 anni. Comprendono i teratomi, i disgerminomi, i tumori del seno endodermico e i coriocarcinomi.

Tumori stromali o dei cordoni sessuali

Sono rari e originano dalle strutture connettivali e producono estrogeno e progesterone. Si presentano mediamente dal sesto decennio di vita e metastatizzano tardivamente. I principali sono i tumori della granulosa, il tumore della granulosa-teca e i tumori di Sertoli-Leydig.

Frequenza del tumore dell'ovaio

Il tumore dell'ovaio colpisce più frequentemente le donne in età avanzata, con una massima incidenza tra i 50 ed i 65 anni di età. In Italia ogni anno vengono diagnosticati circa 4800 nuovi casi di tumore ovarico; il 70 % circa dei casi sono in fase avanzata, cioè quando il tumore ha superato l'ovaio e si è diffuso alle strutture circostanti nella pelvi e/o negli organi addominali. Tra i tumori ginecologici, il tumore dell'ovaio è il secondo per frequenza nei paesi industrializzati ed è la settima causa di morte per tumore nella popolazione femminile italiana e la quinta causa nella popolazione femminile negli stati uniti.

Fattori di Rischio

Al momento non si conoscono le cause che determinano la genesi di un tumore ovarico. Da importanti studi epidemiologici sono stati osservati alcuni fattori di rischio che sembrerebbero predisporre il tumore dell'ovaio.

I fattori di rischio principali:

L'età

Età delle prime mestruazioni precoce
Insorgenza della menopausa in tarda età, cioè circa dopo i 55 anni di età
Donne che non hanno avuto figli

L'ambiente:

Studi epidemiologici sul comportamento alimentare della popolazione femminile dimostrano che il tasso di tumore ovarico è più alto nei paesi maggiormente industrializzati, che hanno una dieta ricca di grassi animali. Inoltre sembrerebbe che l'obesità possa incidere sull'aumentato rischio di sviluppare un tumore ovarico.

La familiarità:

Donne con madre e/o sorella e/o figlia affetta/e da tumore dell'ovaio hanno un maggior rischio di sviluppare la neoplasia. Un aumentato rischio familiare può essere talvolta causato dalla presenza di una alterazione genetica. In particolare ad oggi è ben conosciuta e studiata la mutazione dei geni BRCA1 e BRCA2, i quali normalmente contrastano la genesi del tumore della mammella ed anche dell'ovaio. Da recenti studi è emerso che donne di età inferiore ai 70 anni, che presentano una mutazione dei geni BRCA1 e BRCA2 hanno un rischio di circa il 40% ed il 10% di sviluppare una neoplasia ovarica. Oggigiorno sono effettuabili alcuni test per accertare la presenza di eventuali mutazioni genetiche questi test sono consigliati ai membri di famiglie in cui il rischio di sviluppare una neoplasia risulta elevato.

N.B: Il nostro Ambulatorio collabora con il Centro di Genetica Medica Osp. Binaghi (per appuntamento contattare il CUP o il seguente numero 0706092855) offre un inquadramento clinico-chirurgico per effettuare l'annessiectomia profilattica (rimozione chirurgica di ovaie e tube bilateralmente) per via mini-invasiva nelle pazienti che presentano tale mutazione o una familiarità per tumore ovarico e/o mammario e desiderano sottoporsi a tale intervento dopo aver espletato il desiderio riproduttivo.

Pillola anticoncezionale

Donne che durante la loro vita riproduttiva hanno assunto la pillola anticoncezionale sono meno a rischio di sviluppare un tumore ovarico; alcuni ricercatori sostengono che la pillola bloccando l'attività ovulatoria riduca l'esposizione agli estrogeni. Più a lungo la donna ha assunto la pillola anticoncezionale e più basso è il rischio di sviluppare un tumore ovarico.

Tumori pregressi

La donna trattata per un pregresso tumore, ha un rischio superiore alla popolazione generale di sviluppare un altro tumore in un organo differente. Per esempio, una donna con neoplasia ovarica ha un rischio tre volte maggiore di sviluppare un tumore al seno. Una donna con tumore al seno ha un rischio raddoppiato di sviluppare una neoplasia ovarica.

Farmaci stimolanti l'ovulazione

Le donne sottoposte a stimolazione dell'ovulazione con farmaci quali il clomifene citrato (Clomid) e la menotropina (Pergonal) hanno un rischio leggermente superiore di sviluppare un tumore ovarico. Tuttavia, se sopraggiunge una gravidanza durante il trattamento la percentuale di rischio ritorna ai valori della popolazione generale.

La Diagnosi

I sintomi

Il tumore dell'ovaio non è caratterizzato da sintomi specifici. **Generalmente quando il tumore è presumibilmente in uno stadio precoce (limitato all'ovaio), raramente è accompagnato da sintomi o segni. Quando si presentano alcuni sintomi la malattia è spesso in uno stadio avanzato, di seguito sono elencati i più frequenti:**

- perdita dell'appetito
- disturbi della digestione accompagnati da senso di nausea e di tensione addominale
- gonfiore addominale (a volte dovuto all'ascite, cioè alla raccolta di liquido nella cavità addominale);
- dolori nella zona addominale inferiore, oppure agli arti o alla schiena.
- altri sintomi riportati più raramente sono le perdite vaginali, la difficoltà a respirare o la necessità di urinare spesso.

Circa il 70% dei tumori ovarici vengono diagnosticati in stadio avanzato. Non esistono al momento programmi di diagnosi precoce efficaci. Al momento sono in corso alcuni studi clinici per valutare l'utilità di un programma di screening che prevede o un'analisi del sangue al fine di controllare i livelli di una sostanza che prende il nome di CA 125 o l'uso dell'ecografia ai fini diagnostici.

L'iter diagnostico

Le procedure comunemente utilizzate per la diagnosi comprendono:

- **La visita ginecologica integrata con la visita rettale:** questo esame permette di apprezzare l'utero, le ovaie e la regione pelvica, la presenza di eventuali masse e le loro caratteristiche (volume, morfologia, consistenza etc.....)
- **L'ecografia pelvica:** ad oggi l'esame per eccellenza nella diagnostica della patologia annessiale (ovaio e tuba) è l'ecografia, che ha dimostrato numerosi vantaggi quali scarsa invasività, buona accettabilità da parte delle pazienti. Al momento della valutazione ecografica di una donna con sospetta massa ovarica, l'approccio iniziale dovrebbe essere sempre TA (trans-addominale), in quanto la metodica permette una visione d'insieme degli organi pelvici, consente di esaminare i rapporti anatomici tra la lesione in esame e gli organi vicini. L'esame dovrà successivamente essere completato con un approccio TV (trans-vaginale) che assicura immagini più specifiche e meglio definite.
- **Markers tumorali:** l'esame consiste nella ricerca di marcatori tumorali presenti nel sangue chiamati CA125, CA19-9, CEA E HE4 sostanze che vengono prodotte dalle cellule tumorali. I marcatori più utilizzati e specifici per il carcinoma dell'ovaio sono il **CA125 & HE4**.
- **Tomografia computerizzata addome completo (TAC):** La TAC è un esame radiologico molto utile nell'iter diagnostico del tumore dell'ovaio, è una tecnica radiologica che può prevedere l'uso di un mezzo di contrasto (mdc), che aiuta nel definire l'estensione della malattia agli organi pelvici e addominali. Le più moderne apparecchiature TC possono visualizzare lesioni neoplastiche inferiori al centimetro.
- **Tomografia ad emissione di positroni total Body (PET):** La PET è un esame di recente introduzione nella pratica clinica, questo esame è simile per modalità di esecuzione alla TAC, grazie alla

somministrazione di un mezzo di contrasto con glucosio radioattivo, si possono identificare le cellule tumorali

La Stadiazione

La stadiazione di una malattia tumorale serve per conoscere il grado di diffusione del tumore e quanto la malattia si è estesa nella pelvi e all'interno del corpo. Si parla di *stadio precoce* se la malattia è localizzata all'ovaio (una o entrambe) o comunque nelle sue strette vicinanze, si parla invece di *stadio avanzato* quando le cellule hanno invaso organi lontani da quelli di origine. Lo stadio è il fattore prognostico più importante, tanto più lo stadio della neoplasia sarà precoce, tanto più saranno le possibilità di cura.

Trattamento chirurgico

La chirurgia è fondamentale nel management della patologia ovarica. In relazione al tipo ed alla diffusione del tumore può essere eseguita in **laparoscopia** o **laparotomia tradizionale** e può avere una finalità diagnostica, di stadiazione, citoreducente o di debulking. Per eseguire un intervento di stadiazione completa della malattia o di debulking ottimale, spesso si procede con una incisione longitudinale mediana che, partendo al pube, può fermarsi all'ombelico o procedere più in alto per poter esplorare bene il fegato, il diaframma e la milza.

In caso di tumore ovarico avanzato, l'obiettivo della chirurgia consiste nell'asportare tutto il tumore macroscopicamente visibile. Questo risultato, quando ottenuto, migliora di per sé la prognosi e favorisce l'effetto dei farmaci chemioterapici antitumorali. È dimostrato dai dati pubblicati nella letteratura internazionale che le pazienti sottoposte ad una chirurgia citoreducente ottimale (assenza di tumore visibile al termine dell'intervento) hanno una prognosi nettamente migliore rispetto alle pazienti sottoposte ad una chirurgia sub-ottimale (presenza di tumore residuo). La citoreduzione primaria ad oggi deve essere considerata il trattamento standard del carcinoma ovarico.

Dopo la chirurgia il trattamento di scelta per il carcinoma ovarico è la **chemioterapia a base di platino.**