

Fertility Sparing Surgery in pazienti con tumori ginecologici

Giuseppe Trojano

Il Clinica Ostetrica Ginecologica,
Università degli Studi di Bari

■ **La diagnosi di cancro ginecologico è una notizia devastante per una paziente in qualsiasi epoca della sua vita, ma diventa molto più difficile da accettare quando è colpita una giovane donna che non ha ancora esaudito il suo desiderio di maternità. Il trattamento dei tumori ginecologici può implicare una sterilità permanente.**

In passato il cancro è stato considerato come una malattia mortale e tutto l'impegno nel trattamento era finalizzato esclusivamente alla cura della malattia,



senza prendere in considerazione altri aspetti come la preservazione della fertilità.

Attualmente l'evoluzione della tecnica chirurgica, l'utilizzo di nuovi agenti chemioterapici e i follow-up ravvicinati hanno consentito un aumento del tasso di

sopravvivenza per tumori ginecologici, consentendo quindi di affrontare altri aspetti correlati alla vita delle pazienti in età riproduttiva procreativa, come appunto la conservazione della fertilità. Schover et al. hanno dimostrato come la preservazione della fertilità rappresenta una delle principali preoccupazioni delle pazienti con meno di quarant'anni, che devono essere sottoposte a trattamento per tumore ginecologico e quando il trattamento implica sterilità permanente, questo rappresenta un elemento negativo che influenza la qualità della loro vita, a lungo termine.

Per Fertility Sparing Surgery si intende la preservazione dell'utero e di sufficiente tessuto

ovarico, per consentire un futuro concepimento.

Allo stato attuale, in casi molto selezionati di pazienti giovani con tumori ginecologici in stadio iniziale e previo adeguato counselling, è possibile proporre una chirurgia conservativa che garantisca comunque buoni tassi di guarigione.

I tre tumori ginecologici più comuni sono quelli del collo dell'utero, dell'ovaio e dell'endometrio. Anche se questi tumori sono più comuni nelle pazienti anziane, il 15-45% dei tumori del collo dell'utero, il 12-34% dei tumori ovarici e il 5-29% dei tumori dell'endometrio possono insorgere in pazienti in età fertile. Questi dati, associati alla tendenza generale della popolazione femminile a ritardare l'età della prima gravidanza, hanno accresciuto l'importanza della fertility sparing surgery in questa tipologia di pazienti.

La preservazione della fertilità può quindi essere un elemento importante nelle pazienti con tumori ginecologici e necessita di una specifica valutazione, che deve essere affrontata caso per caso, da un team multidisciplinare.

Un intervento chirurgico "fertility sparing" può essere propo-

sto alle pazienti con carcinoma cervicale microinvasivo (invasione <3 mm estensione <7 mm stadio FIGO IA1) candidate alla conizzazione e alle pazienti con carcinoma squamoso o adenocarcinoma o carcinoma adenosquamoso, limitato alla cervice, con lesione di diametro inferiore ai 2 cm e con estensione dell'invasione inferiore a 10 mm (stadio FIGO IA2-IB1) candidate alla trachelectomia.

Possono essere candidate a trattamento chirurgico conservativo tutte le pazienti con tumore ovarico borderline confinato alle ovaie o con impianti extraovarici non invasivi, anche in caso di recidiva. Una chirurgia ovarica conservativa può essere proposta alle pazienti con carcinoma epiteliale dell'ovaio stadio FIGO IA G1-G2, sottoposte a stadiazione chirurgica ottimale (istotipi: sieroso, mucinoso, endometriode), può essere considerata in caso di pazienti con carcinoma ovarico in stadio IA e istologia a cellule chiare, e alle pazienti in stadio IC con interessamento ovarico unilaterale e istologia favorevole: negli ultimi due casi, comunque, l'intervento deve essere seguito da un trattamento chemioterapico adiuvante a base di platino.

I tumori germinali e quelli dei cordoni sessuali possono essere trattati conservativamente.

Un trattamento conservativo ormonale può essere proposto a donne con carcinoma endometriale, ma solo in casi selezionati (tipo 1 G1, senza segni di invasione degli spazi linfovaskolari, con imaging negativo per invasione miometriale e dopo esclusione di patologia ovarica e/o metastatica).

Le pazienti sottoposte a questi trattamenti devono essere attentamente selezionate e dettagliatamente informate circa la deviazione dallo standard di cura, i rischi oncologici, e la conseguente probabile necessità di tecnologie riproduttive per garantire il concepimento. **Y**



era 0,9/1000 nati (Smith LHD et al Am J Obstet Gynecol. 2003; Lee YY et al 2012).

Parte delle differenze tra gli studi possono essere dovute ai diversi criteri di diagnosi utilizzati (ad esempio malattia maligna vs malattia invasiva) o le popolazioni considerate (tutte le gravidanze o i parti). Anche l'inserimento o meno di casi identificati nei 12 o 18 mesi dopo il parto possono influenzare le stime.

L'incidenza di malattie maligne tra le donne fertili varia nel mondo. Questa differenza si rispecchia anche tra le donne incinte. Per esempio il melanoma è il tumore più comune in gravidanza in Australia, ma è molto meno frequente in Europa. Lungo questa linea, è interessante analizzare l'associazione tra cancro e la gravidanza nello specifico della nostra popolazione ed in particolare in Lombardia.

A tal fine abbiamo analizzato più di 1.200.000 gravidanze

identificate dal database SDO registrate negli anni 2002-2011 in Lombardia. Abbiamo quindi identificato le donne con una SDO con diagnosi di una neoplasia maligna durante il periodo "a rischio", cioè da 3 mesi (per aborti) o 9 mesi (per i parti) prima dell'aborto/parto e 12 mesi dopo. La frequenza di diagnosi di tumore era 122,9 per 100.000 gravidanze. **I tumori più comuni** erano il **cancro al seno** (39,9 per 100.000 gravidanze), **cancro alla tiroide** (15,5 per 100.000 gravidanze) e **linfomi** (13,1 per 100.000 gravidanze). Il tasso di incidenza di **cancro della pelle** era pari a 14,8 per 100.000 gravidanze.

Su un totale dei casi di cancro legate alla gravidanza, il 20% sono stati diagnosticati durante la gravidanza (con un rischio di 25 per 100.000 gravidanze) e l'80% post-gravidanza (con un rischio di 97,9 per 100.000 gravidanze). L'incidenza del cancro legata alla gravidanza osservato nella nostra popolazione è in gran parte in linea con i dati riportati da altre popolazioni.

Nella nostra analisi circa l'80% dei tumori legati gravidanza sono stati diagnosticati nel periodo post gravidanza. Questa osservazione è in accordo con i dati della letteratura. Ad esempio nello studio di popolazione condotto da Lee et al in Australia il 72% dei casi sono stati diagnosticati nei

La diagnosi di una malattia neoplastica in gravidanza ha un grande impatto sulla donna, il partner e la società. Questo evento non è raro. Tuttavia, pochi studi epidemiologici hanno offerto una stima dell'insorgenza di tumori maligni tra le donne incinte

12 mesi dopo il parto. In questo studio gli autori hanno suggerito che alcuni di questi tumori possono essere stati sospettati durante la gravidanza, dato l'alto tasso di parto pre termine riportati in questo studio tra le donne con tumore nel periodo post partum. Lungo questa linea nel nostro studio la frequenza di cancro legati gravidanza è stata più alta tra le donne la cui gravidanza è conclusa con l'aborto. In caso contrario, è comunemente suggerito che durante la gravidanza le donne tendono a ritardare eventuali procedure diagnostiche non legate alla gravidanza o alle condizioni ginecologiche. **Y**

