



Oncologia ginecologica / 2

Cancro endometriale: hanno ancora senso i cut off ecografici?

Giuseppe A. Trojano
U.O. Ostetricia e Ginecologia 2
Azienda Ospedaliero-
Universitaria Pisana



chemioterapia.

Le critiche sono venute per la scarsa OD durante PDS (<45% delle pazienti), per l'inutile 80% di OD in corso di IDS (nessun miglioramento di OS), e per il residuo considerato ottimale se <1 cm.

I centri di riferimento che trattano l'EOC con OD in corso di PDS riescono ad ottenere una citoriduzione ad R0 in circa il 50% dei casi e ad R<0.5 cm nel 75-80% dei casi. Un triage adeguato prevedrebbe di selezionare le 20-25% delle pazienti da non candidare ad una inutile perché insufficiente PDS ed indirizzarle alla NACT. Tecniche di Imaging o Biomarcatori non sembrano adeguati allo scopo.

Prospettive interessanti, anche se controverse, vi sono per il triage laparoscopico (Fagotti 2006) che però non deve essere pensato per ampliare a dismisura la coorte di pazienti da indirizzare a NACT. Spesso l'impossibilità ad una OD si riscontrano solo in corso di laparotomia con la palpazione dei mesi, dell'ilo epatico o con la valutazione di multiple resezioni. Il chirurgo esperto di EOS riconosce per esperienza che il limite per la citoriduzione ad R0 è rappresentata dalla carcinosi a piccoli noduli di tutte le superfici peritoneali, parietali e viscerali mentre invece il limite per la citoriduzione a <0,5 cm è rappresentato dalle condizioni sopra riportate.

Legenda

Epithelial Ovarian Cancer (EOC); Overall Survival (OS); Tumori Low Malignant Potential-Border Line LMP; UltraSonography (US); Positive Predictive Value (PPV); Optimal Debulking (OD); Randomized Controlled Trial (RCT); Progression Free Survival (PFS); Primary Debulking Surgery (PDS); Interval Debulking Surgery (IDS); Neoadjuvant ChemoTherapy (NACT) **Y**

Il carcinoma endometriale è il quarto tumore per incidenza nella popolazione femminile europea dopo il carcinoma della mammella, del colon-retto e del polmone, del corpo uterino, dello stomaco e dell'ovaio. Esistono due varianti anatomicopatologiche di questo tumore: il carcinoma endometrioidale (Tipo I) è estrogeno-dipendente, insorge frequentemente su un'iperplasia endometriale ed ha una prognosi spesso favorevole mentre il carcinoma non endometrioidale (Tipo II) comprendente gli istotipi sieroso-papillifero e a cellule chiare, non è estrogeno-dipendente, insorge su un endometrio atrofico ed è spesso associato con una lesione superficiale dell'endometrio detta "carcinoma endometriale intraepiteliale"; colpisce inoltre soggetti più anziani, ha un'aggressività biologica elevata ed una prognosi spesso sfavorevole. L'ipotesi di screening per carcinoma endometriale di donne in postmenopausa asintomatiche allo stato attuale non attuabile. Anche se in postmenopausa la rima è il più delle volte atrofica, il cut-off di normalità si pone abitualmente a 4-5 mm. Con questo limite, poco specifico e che comporterebbe l'approfondimento invasivo di un eccesso di soggetti sani, la sensibilità per carcinoma non è molto elevata. In base a tale evidenza non esiste al momento alcuna ragione di raccomandare lo screening di

popolazione per il carcinoma endometriale con qualsivoglia test.

In considerazione del fatto che oltre il 90% delle pazienti con perdite ematiche in menopausa è affetto da patologie non neoplastiche, il problema che si pone è di limitare le tecniche invasive.

Un ruolo importante rivestono le metodiche per immagini: l'ecografia pelvica transaddominale e in particolare la transvaginale con eventuale ausilio del Color Doppler.

Resta comunque l'isteroscopia il gold standard per lo studio della patologia a carico della cavità uterina.

L'esame ecografico può differenziare:

- soggetti con basso rischio di patologia endometriale da avviare a successivi controlli periodici;
- soggetti con alto rischio di patologia endometriale da sottoporre ad esami di II livello.

Ecograficamente l'endometrio menopausale è caratterizzato da una piccola struttura lineare ed ecogena che corrisponde allo strato basale adiacente al miometrio.

Per quanto riguarda la tecnica di misurazione mediante ETV (Ecografia Trans Vaginale), l'utero deve essere visualizzato in scansione longitudinale e lo spessore endometriale misurato nel punto più largo.

Riguardo alla scelta di un cut-off, numerose evidenze in lette-

ratura mettono in risalto le differenti sensibilità e specificità ottenute per la diagnosi del cancro endometriale mediante ETV. Dall'analisi della letteratura più recente emerge che mentre nel 2009 l'ACOG aveva stabilito un cut-off di 4 mm come adeguato per escludere il cancro, con un'accuratezza del 95%, da una meta-analisi di 90 studi fatta da Timmermans et al. nel 2010 risulta che l'ecografia TV, con un'accuratezza del 98%, è affidabile nell'escludere il carcinoma dell'endometrio utilizzando come cut-off uno spessore di 3 mm.

In una recente review di M. C. Breijer J. et al del 2012 sono stati presi in considerazione 8 differenti cut-off di spessore endometriale, da 3 a 8 mm, misurato mediante ecografia TV, analizzando 20 studi, ed è stata valutata la sensibilità, specificità, valore predittivo positivo e negativo nell'individuare il cancro endometriale. La meta-analisi di questi risultati ha mostrato che la sensibilità e specificità dello spessore endometriale come predittore di carcinoma sono rispettivamente 0.83 e 0.72 utilizzando 5 mm come cut-off e 0.33 e 0.94 utilizzando 6 mm come cut-off. Questi ulteriori dati rinforzano l'opinione che non sia giustificato l'utilizzo dello spessore endometriale come test di screening per il carcinoma dell'endometrio in donne asintomatiche, in postmenopausa, che non utilizzano terapia ormonale sostitutiva.

Tale asserzione in effetti già emergeva anche da uno studio del 2011 (Jacobs, Lancet Oncology) che concludeva che fare uno screening mediante ETV per carcinoma endometrio in donne in postmenopausa ha una buona sensibilità, la validità invece come screening nella popolazione generale rimane incerto.

L'approccio più razionale ai fini diagnostici, in caso di sospetto di carcinoma endometriale, consiste perciò nell'utilizzo dell'isteroscopia, da eseguire in regime ambulatoriale, l'ETV è necessaria nell'individuare le donne a maggior rischio, da indirizzare verso indagini di II livello. L'integrazione delle due metodiche rappresenta lo strumento migliore nella prevenzione del carcinoma endometriale. **Y**

