

tabili riflessi positivi sulla salute nel medio e nel lungo periodo. Sotto queste prospettive si può valutare la valenza di una società scientifica come la Società Medica Italiana per la Contraccezione (Smic), che cerca di unire gli intenti dei ginecologi dell'Aogoi, di quelli dell'Agite e dei medici di medicina generale della Simg, nell'unico intento della prevenzione nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva in Italia, i cui centri pubblici non sono purtroppo tra i primi in Europa essendo continuamente defianziati e spesso privati del personale sufficiente per sopravvivere. **Y**

Iperensione in gravidanza

Una patologia nota ma ricca di nuove ricerche e protocolli di trattamento clinico

Herbert Valensise

Segretario SIGO
Professore Associato Clinica
Ostetrica e Ginecologica,
Università di Roma Tor Vergata -
Ospedale S. Giovanni Calibita
Fatebenefratelli- Isola Tiberina,
Roma

La sessione sulla ipertensione in gravidanza organizzata all'interno del Congresso Sigo riveste un'importanza notevole per la possibilità per tutti i soci di approfondire tematiche di ricerca e assistenziali in



sviluppo continuo.

La patologia ipertensiva rappresenta ancora oggi uno dei primi elementi di patologia della gravidanza e, qualora non correttamente riconosciuto, anche una delle patologie gravate dalla più elevata mortalità e morbidità sia materna che fetale e neonatale.

Le complicanze emorragiche, di patologia placentare, di disfunzione multiorgano sono sempre temibili e a volte non visibili immediatamente alla valutazione clinica della paziente. Se poi confrontiamo questa patologia, che su una base multifattoriale ha sempre o quasi una condizione di maladattamento immunologico madre - placentare - feto, con le metodiche sempre più utilizzate di fertilizzazione assistita omologa ed eterologa, capiamo come la conoscenza di questa patologia, le possibilità di identificare precocemente i soggetti a rischio, le possibilità di trovare ed applicare dei protocolli farmacologici profilattici e terapeutici efficaci, diventi un bagaglio sempre più importan-

te per qualunque medico ostetrico e ginecologo che sia dedicato alla assistenza di gravidanze apparentemente normali. Ecco quindi che le presentazioni che si succederanno nella sessione organizzata sono espressione dei gruppi di ricerca clinica e di base di punta in Italia che consentiranno una messa a fuoco su alcuni argomenti essenziali.

Esiste oggi la possibilità di fare uno screening biochimico e/o molecolare del rischio di preeclampsia mediante dosaggio ematico di alcune sostanze nel corso delle settimane che precedono la comparsa della patologia o questa metodica proposta è frutto soltanto della spinta commerciale di industrie che vogliono premere sull'acquisto di kit particolari?

A questa domanda verrà data risposta sia dalle presentazioni di esperti autorevoli sia dalla presenza come moderatore del prof. Andrea Tranquilli, esperto mondiale e primo (ed unico per ora) presidente mondiale della Società per lo studio della ipertensione in gravidanza ISSHP. Allo stesso modo, la valutazione della condizione di trombofilia, che qualche anno fa aveva dato grande attesa e speranze di chiarimento della predisposizione alla patologia, riveste ancora oggi un ruolo importante? E quanto valore clinico può avere la somministrazione di eparina a basso peso molecolare, che viene utilizzata dai ginecologi spesso 'off label' con costi non irrilevanti per il sistema sanitario nazionale e per le pazienti? Il dibattito è tuttora aperto e il prof. Alessandro Caruso, tra i primi a studiare le possibilità terapeutiche della molecola potrà portare come moderatore la sua esperienza, confrontandosi con esperti assoluti come la Dott.ssa Elvira Grandone.

Infine le relazioni si concentreranno sulle possibilità assistenziali di fronte alla patologia in atto, scoperta e conclamata. Le possibilità di gestione ambulatoriale, i limiti ed i rischi connessi saranno illustrati dalla scuola di Ancona, evidenziandone i vantaggi sulla spesa assistenziale riducendo entità e durata di ricoveri 'incongrui' ma, allo stesso tempo, associando le valutazioni di diagnostica integrata presentate dal gruppo di Roma Isola Tiberina, che porrà attenzione agli indicatori che possono allertare il clinico sul viraggio delle condizioni materne e fetali verso una maggiore gravità che non lasci 'esplosione' il caso clinico senza le dovute precauzioni mediche ed assistenziali.

Pertanto temi di grande interes-

se e ricaduta pratica. Come la HELLP syndrome, ben nota a tutti gli esperti per la sua imprevedibilità e potenziale gravità, che verrà rivisitata dal gruppo di Roma San Giovanni, focalizzando i punti essenziali di attenzione clinica per una precoce identificazione e valutazione del trattamento migliore da mettere in atto.

Pertanto una sessione dedicata ad una patologia nota ma in continua evoluzione sia dal punto di vista diagnostico, sia dal punto di vista assistenziale metodologico e terapeutico che merita di essere seguita da tutti i ginecologi ad ogni livello di esperienza e di attività clinica. **Y**

Oncologia ginecologica / 1

Il tumore dell'ovaio oggi, tra diagnosi e citoriduzione

Giorgio Giorda

Direttore ff Oncologia
Chirurgica Ginecologica Centro
di Riferimento Oncologico
IRCCS Aviano (Pn)

L carcinoma epiteliale dell'ovaio (EOC) è il tumore ginecologico con più elevata mortalità con valori di OS non superiori al 37% (dati USA del SEER e italiani ITACAN) e per il sottogruppo "Papillare" non superiori al 20% a 5 anni. L'attuale revisione anatomico-patologica e bio-molecolare distingue il EOC in Tipo I e II. Il tipo II (sieroso di alto grado) condivide la frequenza più elevata, la diagnosi tardiva, la prognosi peggiore, la inattivazione della p53, l'eterogeneità e instabilità genetica con alterazione dei geni dell'Homologous Repair in circa il

50% dei casi.

Il tipo I (LMP, endometrioidi e sierosi di basso grado, mucinosi, a cellule chiare, di Brenner) ha un comportamento meno aggressivo, diagnosi spesso precoce, prognosi migliore e alterazioni di altri loci genici (ad es. KRAS, BRAF, PTEN, ARID1A etc) mutualmente esclusive per le singole categorie, senza inattivazione della p53.

La diagnosi di EOC è tardiva (III o IV stadio), nel 70% dei casi che esordiscono spesso con ascite e preceduti da sintomi gastrointestinali aspecifici. Nel restante 30%, la diagnosi iniziale è di massa pelvica complessa da sottoporre a triage con l'utilizzo di US, RMN, TAC e marker biomorali.

La US è il più frequente e primo presidio diagnostico e nel corso degli anni si sono succedute varie classificazioni ecografiche a score (che tengono conto di dimensioni della massa, percentuale di componente solida, struttura dei setti, vascolarizzazione, dosaggio di CA 125) con vari livelli di PPV. Per migliorare il PPV sono stati valutati vari approcci di bio-marker quali OVA-1 (pannello di marker), proteomica (spettrometria di massa su siero), HE4 (isolato dall'epididimo ma espresso anche dal tumore



Il carcinoma epiteliale dell'ovaio, che costituisce il 90% circa dei tumori maligni della gonade femminile, sta subendo delle rapide evoluzioni per le scoperte di biologia molecolare che sottendono alle valutazioni anatomico-patologiche.

Non è il tumore ginecologico più frequente, essendo preceduto dal tumore della mammella, dell'endometrio e, nei paesi che non adottano sistemi di screening del cervico-carcinoma, anche dal carcinoma della cervice. Però è sicuramente il tumore ginecologico più gravato da mortalità, con dati di sopravvivenza globale non superiori al 37%. Il sottogruppo "Papillare" rivela anzi una sopravvivenza di circa il 20% a 5 anni.

È possibile che la mortalità così elevata sia legata alla diagnosi non precoce della malattia, ma potrebbe essere anche correlata con le caratteristiche biologiche intrinseche, quali stanno emergendo dagli studi bio-molecolari.

