

Cancro dell'ovaio

Le neoplasie epiteliali rappresentano il 60% di tutte le neoplasie ovariche. Questa neoplasia colpisce sia le donne in età riproduttiva che donne in età avanzata.

Sono il 30% dei carcinomi dell'apparato genitale femminile e la quarta causa di morte nel sesso femminile nei Paesi industrializzati.

Tre sono le teorie messe in campo riguardo l'eziologia dei tumori ovarici:

fattori genetici famigliari 5-10%: tra le sindromi genetiche individuate troviamo:

-la breast-ovarian cancer syndrome (legata alla mutazione dei geni BCRA1/BCRA2)

-la site specific ovarian cancer syndrome (legata alla mutazione dei geni BCRA1/BCRA2)

-la sindrome di Lynch 2 (HNPCC) che include il cancro del colon non associato a poliposi, i carcinomi endometriali, i carcinomi mammari.

-la sindrome di Cowden (collegata alla mutazione di PTEN)

-la sindrome di Gorlin (collegata alla mutazione di PTC)

fattori endocrini: le gravidanze, l'allattamento al seno ed un prolungato uso di contraccettivi orali riducono il rischio di tumore ovarico anche se questa convinzione non trova unanimi consensi.

Fattori ambientali: è riconosciuto un nesso causale con l'esposizione all'amianto ed al talco. L'abuso di alcol, l'obesità ed una dieta ricca di grassi sono considerate situazioni favorevoli. Non hanno relazioni con questa patologia il fumo e la caffeina.

Sopravvivenza

La sopravvivenza globale a 5 anni si attesta intorno al 50% variando molto a seconda della stadiazione. Nello stadio 1 è del 70-90%, nello stadio 2 del 50-60%, nello stadio 3 del 20-40%, nello stadio 4 del 10%

Screening

Le indagini ecografiche standard e tranvaginali rappresentano, assieme al dosaggio del Ca 125, le metodiche per la routinaria valutazione. Questa però non ha inciso in modo favorevole sulla diagnosi precoce della malattia aprendo nuovi scenari per la diagnostica con l'utilizzo meno selettivo della RMN e della PET-Tc.

Terapia

La chemioterapia e la chirurgia rappresentano un buon approccio terapeutico.

La scelta della opzione chirurgica iniziale dipende dall'avanzamento di malattia e deve essere preceduta da chemioterapia citoreducitiva se metastatica.

In associazione al trattamento chirurgico è stata proposta la chemioipertemia intraoperatoria che deve essere però applicata in casi selezionati.

In casi avanzati e politrattati può rappresentare un approccio terapeutico finalizzato ad una citoreduzione chirurgico-farmacologica locale che però non è scevra da complicazioni come le fistole enterocutanee. Assicura il controllo dell'ascite.

Il reiterare il trattamento chemioterapico, in caso di fallimento della prima linea di terapia, ha evidenziato una risposta clinica possibile, visto che si usano molecole simili, ma con una remissione di malattia parziale o totale di durata inferiore a quanto ottenuto per la prima linea di trattamento.

Comportamento terapeutico di massima

Stadio I e II

Stadio I e II G1-2 chirurgia

Stadio I e II G3 chirurgia + chemioterapia sistemica

Stadio III e IV chirurgia antecedente a chemioterapia o

chemioterapia antecedente a chirurgia

Chemioterapia sistemica ed intraperitoneale con debulkin chirurgico.

Terapie di seconda linea

Sono tutti trattamenti con valenza palliativa (dominano la sintomatologia senza finalità terapeutiche sulla malattia di base). Lo scopo di questi trattamenti è, oltre il controllo dei sintomi, migliorare la qualità di vita, ritardare la progressione della malattia e prolungare la sopravvivenza.

Studi recenti non hanno dimostrato alcun beneficio nel trattamento precoce di seconda linea della ricaduta di malattia.

Anche in questo caso, applicati bene i protocolli convenzionali, la paziente può trarre vantaggio dall'assunzione di farmaci ad impatto sui recettori individuati all'esame immunostochimico.

(Vedi su schemi terapeutici PICURO le modalità di applicazione della mia terapia - Picuro6)