

Recidive nei tumori ginecologici



Contenuti

| | |
|---|----|
| Introduzione | 4 |
| Trattamento di prima linea | 4 |
| Periodo di follow-up | 5 |
| Quanto dovrebbero essere regolari i controlli? | 8 |
| Cosa devo chiedere al medico? | 8 |
| Recidive- Aspetti generali | 10 |
| Ansia da recidiva | 10 |
| Tipi di tumore ginecologico ricorrente | 13 |
| 1. Carcinomi tubo-ovarico peritoneali sierosi di alto grado | 13 |
| 2. Cancro dell'endometrio | 15 |
| 3. Altre neoplasie ovariche | 16 |
| 4. Cancro vulvare, vaginale, cervicale | 18 |
| 5. Altri tumori ginecologici | 19 |

Introduzione

Affrontare il trattamento di un tumore ginecologico è un viaggio difficile e quando la battaglia sembra vinta nessuno vuole pensare a possibili recidive. Tuttavia, le recidive nei tumori ginecologici possono verificarsi e sono più o meno frequenti a seconda del tipo di tumore. Questo opuscolo vuole essere una guida per aiutarvi nel processo di individuazione delle possibili recidive, dell'importanza di controlli regolari e per offrirvi un aiuto nei momenti di ansia.

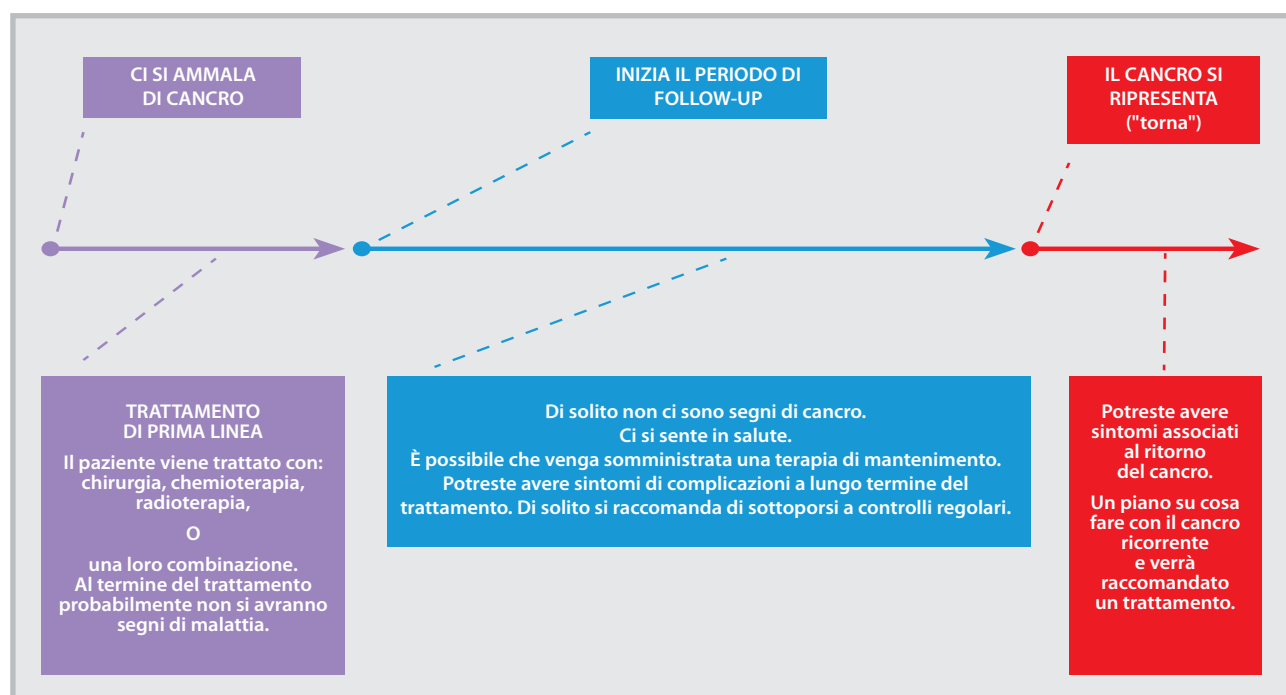
Trattamento di prima linea

Quando ci si ammala di cancro ginecologico, si inizia il trattamento di prima linea. Si può ricorrere a un intervento chirurgico, alla chemioterapia o alla radioterapia o, più spesso, a una combinazione delle tre. Per la maggior parte delle pazienti, il trattamento di prima linea ha lo scopo di curare radicalmente la malattia. Ciò significa che l'obiettivo della terapia oncologica è quello di far "scompare" il cancro.

Al termine del trattamento di prima linea, è probabile che non vi siano più segni di tumore; i tumori scompaiono e gli esami radiologici (come la TAC, la PET, la risonanza magnetica o l'ecografia) non mostrano più la presenza di tumore. A questo punto inizia il periodo di „follow-up“.

GLOSSARIO

Trattamento di prima linea: il primo trattamento somministrato per una malattia. Spesso fa parte di un insieme di trattamenti standard, come la chirurgia seguita da chemioterapia e radioterapia. Se utilizzata da sola, la terapia di prima linea è quella accettata come migliore. Se non cura la malattia o causa gravi effetti collaterali, possono essere aggiunti o utilizzati altri trattamenti. Chiamata anche terapia neoadiuvante, terapia primaria e trattamento primario.



GLOSSARIO

Follow up: Assistenza prestata ad un paziente nel tempo, dopo la fine del trattamento di una malattia. Le cure di follow-up comportano controlli medici regolari, che possono includere esami fisici, analisi del sangue e di imaging. Durante il periodo di follow-up vengono controllati i problemi di salute che possono verificarsi mesi o anni dopo la fine del trattamento, compreso lo sviluppo di altri tipi di cancro. L'assistenza di follow-up viene fornita dopo i risultati positivi di un test di screening, come ad esempio un risultato positivo del Pap test. Nei pazienti affetti da cancro, uno degli scopi del follow-up è verificare se il cancro si è ripresentato o si è diffuso ad altre parti del corpo.

Terapia di mantenimento: trattamento che viene somministrato per evitare la ricomparsa del cancro dopo la sua scomparsa in seguito alla terapia iniziale. Può includere il trattamento con farmaci, vaccini o anticorpi che uccidono le cellule tumorali e può essere somministrata per un lungo periodo. Esempi per i tumori ginecologici: bevacizumab per il tumore ovarico, inibitori PARP per il tumore ovarico.

Il periodo immediatamente successivo al trattamento di prima linea è un momento speciale della vita di una donna: è il periodo in cui non ci sono segni di cancro, a parte i possibili effetti collaterali del trattamento oncologico che influenzano la qualità della vita di ogni donna. Tuttavia, un peso psicologico può ancora esistere e può influenzare fortemente la qualità della vita. La paura che la malattia si ripresenti, la paura di tornare ad una vita „normale“, la paura di essere rifiutata al lavoro o a casa o la paura di non sentirsi più una donna sono le preoccupazioni più frequenti in questo periodo.

Esistono quindi diversi motivi per eseguire un follow-up dopo il trattamento di prima linea. Essi sono:

- individuare le complicanze a lungo termine del trattamento oncologico e trattarle (ad esempio il linfedema, di cui potete leggere il nostro opuscolo speciale, o la triplice perdita di funzionalità - minzione, defecazione, problemi sessuali),
- eseguire una riabilitazione a lungo termine e aiutarvi a tornare alla vostra vita normale sotto il profilo fisico, psicologico e sociale,,
- vedere se il cancro si è ripresentato o si è diffuso ad altre parti del corpo e, in caso affermativo, per trattarlo.

Cosa posso fare durante il periodo di follow-up?

In generale, si raccomanda di seguire uno stile di vita sano durante questo periodo. Ciò significa essere fisicamente attivi il più possibile, mangiare cibi sani, smettere di fumare e di bere quantità eccessive di alcol. Questo è importante per diversi motivi. Uno molto importante è che si rimane sani e in buona forma nel caso in cui il cancro si ripresenti e sia necessario iniziare un nuovo trattamento oncologico. Uno stile di vita sano permette anche di controllare meglio altre malattie che si possono avere (ipertensione arteriosa, diabete, osteoporosi) e di prevenirne l'insorgenza.

Siete incoraggiati a prendervi cura di voi stessi:

a) benessere fisico

- Con un'attività fisica regolare e un'alimentazione sana. Per ulteriori informazioni, consultare l'opuscolo nutrizionale ENGAGe.

b) benessere emotivo

- Lo stress associato alla diagnosi di cancro persiste molto più a lungo del trattamento del tumore. Può persistere per tutta la vita anche se il cancro non si ripresenta.
- È importante che ammettiate a voi stesse se soffrite di ansia, paure, mancanza di energia e così via; sono cose del tutto normali per i pazienti oncologici. Quando lo ammetterete, potrete iniziare a cercare aiuto.
- Potete sempre chiedere aiuto al vostro medico di base, al ginecologo, all'oncologo, alle infermiere e potete rivolgervi a uno psicologo o ad uno psichiatra,
- In ogni paese esistono gruppi di sostegno per i malati di cancro. Consultate il nostro opuscolo.

Durante il periodo di follow-up, riceverete probabilmente un programma di controlli regolari. I paesi e i centri oncologici possono avere programmi diversi, per cui il vostro programma potrebbe non essere lo stesso di quello di altri pazienti con lo stesso tumore. Questo vale anche per la persona che esegue i controlli. Le visite di controllo possono essere effettuate da ginecologi, oncologi, radioterapisti o medici generici. Questo perché non disponiamo di buone prove scientifiche su quale sia la strategia migliore e perché i Paesi hanno strutture di sistema sanitario diverse.

Tuttavia, vi rassicuriamo sul fatto che le diverse strategie sono generalmente equivalenti e nessuna è migliore dell'altra quando si parla di risultati oncologici (come la sopravvivenza globale).

GLOSSARIO

Sopravvivenza globale: il periodo di tempo trascorso dalla data di diagnosi o dall'inizio del trattamento di una malattia, come il cancro, in cui i pazienti a cui è stata diagnosticata la malattia sono ancora vivi. In uno studio clinico, la misurazione della sopravvivenza globale è un modo per verificare l'efficacia di un nuovo trattamento. Chiamata anche OS.

Sopravvivenza libera da progressione: il periodo di tempo trascorso durante e dopo il trattamento senza progressione del tumore. Chiamata anche PFS.



Quanto devono essere regolari i controlli?

Esistono diversi inconvenienti nel sottoporsi ad un numero elevato di controlli ed esami (come esami laboratoristici, TAC, PET TAC, risonanza magnetica, ultrasuoni, ecc.) Come detto, si tratta di un periodo della vita in cui non ci si sente più malati e non si hanno segni di cancro. Per questo motivo ogni esame rappresenta un peso psicologico: perché si prova una certa dose di stress prima e durante l'attesa dei risultati. La frequenza delle visite al centro oncologico può comportare anche oneri logistici o finanziari. È importante chiedersi con quale frequenza vogliamo sottoporci ai controlli per garantire che siano associati a migliori risultati oncologici.

È evidente la necessità di stabilire un piano di controlli regolari che sia adatto a voi. Per questo motivo è importante parlare con il proprio medico curante di controlli regolari, che possono essere effettuati in qualsiasi momento durante il periodo di follow-up.

Cosa devo chiedere al medico?

Per prepararsi ad un colloquio con il proprio curante, è possibile porsi alcune domande importanti mentre si è ancora a casa. Una guida dettagliata è contenuta in un altro opuscolo di ENGAGe, intitolato *What Should You Ask the Doctor?* (Cosa chiedere al medico?), disponibile per il download su engage.esgo.org in diverse lingue.



Alcune domande potrebbero essere:

- Come mi sento a sottopormi a controlli regolari se non ho problemi o sintomi? (Mi fa sentire sicuro o mi fa sentire stressato?).
- Mi piace pianificare attivamente le visite di controllo con il mio medico o preferisco lasciar fare a lui/lei?
- Voglio conoscere tutti i dati statistici relativi al mio tumore e alle aspettative?
- Voglio fare esami e visite che mi dicano se il cancro tornerà in anticipo, anche se non è possibile evitarlo?
- Voglio che i miei familiari o amici siano coinvolti attivamente con controlli regolari?

Una volta che avrete risposto a queste domande da soli, potrete discuterne con il vostro medico.

Queste sono alcune domande che potete preparare in anticipo:

- Quale strategia di follow-up è consigliata per me?
- Con quale frequenza dovrò sottopormi a controlli regolari?
- Posso scegliere di sottopormi a controlli regolari o posso programmare il controllo da solo quando si presentano nuovi sintomi?
- Quali complicazioni a lungo termine del trattamento oncologico posso aspettarmi e cosa posso fare per evitarle?
- Quali sintomi suggeriscono il ritorno del cancro e quali sono associati a complicazioni a lungo termine del trattamento?
- Chi esegue il follow-up e come è possibile mettersi in contatto con l'operatore (ad esempio, telefonate, e-mail, domande di esito riportate dal paziente, check-up virtuali, ecc.)
- Dove posso ricevere supporto psicologico e sociale?

Recidive - Aspetti generali

GLOSSARIO

Recidiva: tumore che si è ripresentato (ritornato), di solito dopo un periodo di tempo in cui non era stato possibile individuarlo.

In generale, il tumore può ripresentarsi localmente - dove è iniziato - o può diffondersi ad altri organi (come polmoni, fegato o cervello). Le recidive locali nei tumori ginecologici sono localizzate nella pelvi e nei genitali esterni. Possono presentarsi con sintomi quali dolore locale, sanguinamento, perdite dalla vagina, dalla vescica o dall'intestino o nuovi problemi di minzione o defecazione. Le metastasi a distanza, invece, si verificano più spesso nella cavità addominale come carcinomatosi disseminata. Può anche verificarsi come metastasi nel fegato, o come metastasi nel torace o nel sistema nervoso centrale. Altre sedi sono molto rare. I sintomi sono associati all'organo coinvolto. Le recidive addominali sono spesso associate a inappetenza, nausea, vomito, perdita di peso o distensione addominale con ascite. Le metastasi al torace (pleuriche e polmonari) possono essere associate a mancanza di respiro, tosse, dolore toracico o tosse con sangue. Le metastasi nel sistema nervoso centrale possono essere associate a mal di testa, nausea, vomito o a una generale compromissione neurologica, come l'impossibilità di muovere o sentire una determinata parte del corpo.

La maggior parte delle donne sospetta il ritorno del tumore perché sente che qualcosa è cambiato o perché è emerso un nuovo sintomo. Altre donne non sentono o non notano nulla, ma il medico scopre un tumore durante un normale controllo. Un nuovo tumore può essere trovato anche durante regolarmente esami di imaging (come TAC, RMN, PET TAC o US) o di laboratorio (come l'aumento del CA125). Quando si sospetta una recidiva, è meglio confermarla con una biopsia, se possibile. Quando il tumore si ripresenta, si eseguono esami per individuare tutte le possibili sedi di recidiva, il che è importante per pianificare nuovi trattamenti.

Ansia a seguito di recidiva

A questo punto potreste provare tristezza, ansia, rabbia, mancanza di volontà o stress. Il supporto psicologico in questo momento è fondamentale, soprattutto per consentirvi di pensare con chiarezza, di capire il vostro medico e di partecipare alla decisione sul da farsi.

Anche in questo caso, è bene preparare in anticipo alcune domande, come ad esempio:

⇒ 1. Che tipo di trattamento è previsto?

Quando il cancro si ripresenta, di solito ci sono più opzioni di trattamento. A volte è possibile rimuovere il tumore, ma a volte questa opzione non è praticabile. In questo caso, il trattamento ha lo scopo di rallentare la progressione della malattia e curare i sintomi associati al tumore (come dolore, vomito e sanguinamento).

Poiché esistono diverse opzioni per il trattamento di recidive, i diversi centri oncologici possono offrire terapie diverse. Non esiste un unico percorso terapeutico „corretto“, per cui è importante informarsi dal proprio medico su tutte le opzioni possibili, nonché sulle opzioni disponibili in tutto il mondo. Quasi tutti i Paesi e i centri oncologici sono disponibili per un secondo parere. È importante che sappiate che esiste un secondo parere e che il vostro medico sia in grado di aiutarvi a ottenerlo. È consigliabile che il trattamento della recidiva avvenga sempre in un centro oncologico ad alto volume e non in un piccolo ospedale locale, dove potrebbero mancare le conoscenze o le attrezzature per un trattamento ottimale. Si consiglia di individuare i centri oncologici accreditati ESGO più vicini per l'oncologia ginecologica nel proprio Paese o nella propria regione.

Un altro aspetto importante del trattamento del cancro recidivante è la partecipazione a studi clinici. Gli studi clinici offrono la possibilità di essere trattati con nuovi farmaci o altri metodi. Per saperne di più, consultate il nostro opuscolo separato.

⇒ 2. Quali sono le complicazioni a breve e a lungo termine del trattamento?

⇒ 3. Che qualità di vita posso aspettarmi?

- Sarò in grado di continuare la mia vita e la mia carriera lavorativa?
- Avrò bisogno di aiuto per le attività ordinarie?

⇒ 4. Dove posso trovare aiuto e supporto psico-oncologico?

- Ci sono istituzioni che possono aiutarmi con il servizio sanitario?
- Come posso includere la mia famiglia e i miei amici?

GLOSSARIO

Progressione: In medicina, il decorso di una malattia, come il cancro, che si aggrava o si diffonde nell'organismo.

Secondo parere: In medicina, il parere di un medico diverso da quello attuale del paziente. Il secondo professionista esamina la documentazione medica del paziente e fornisce un parere sul problema di salute del paziente e su come dovrebbe essere trattato. Un secondo parere può confermare o mettere in discussione la diagnosi e il piano di trattamento del primo medico, fornire ulteriori informazioni sulla malattia o sulla condizione del paziente e offrire altre opzioni di trattamento.

Sperimentazione clinica: Un tipo di studio di ricerca che verifica il funzionamento di nuovi approcci medici nelle persone. Questi studi testano nuovi metodi di screening, prevenzione, diagnosi o trattamento di una malattia. Chiamato anche studio clinico.



Tipi di Tumori ginecologici recidivanti

1. Carcinomi sierosi ad alto grado tubo-ovarico peritoneali

La maggior parte dei tumori che iniziano nelle tube di Falloppio, nelle ovaie e nel peritoneo sono carcinomi sierosi di alto grado. Al momento della prima diagnosi, questi tumori sono solitamente già avanzati e diffusi nella cavità addominale sul peritoneo. Il trattamento di prima linea è composto da chirurgia e chemioterapia. L'intervento chirurgico può essere molto impegnativo perché può essere necessario asportare parti di intestino, fegato, peritoneo o milza e talvolta si formano degli stomi. Di solito non ci sono segni di malattia alla fine del trattamento, se il tumore è sensibile alla chemioterapia e se è possibile rimuovere tutti i tumori visibili nell'addome. Tuttavia, questo tipo di tumore ama tornare, il più delle volte nella cavità addominale, compreso il fegato, o nel torace (sulla pleura e sui polmoni).

Periodo di follow-up:

Sono disponibili alcuni farmaci per la terapia di mantenimento che prolungano il tempo prima della ricomparsa del cancro. Si tratta del bevacizumab e di un gruppo di farmaci chiamati inibitori di PARP. Il vostro oncologo vi darà maggiori informazioni sulla disponibilità di questi farmaci nel vostro Paese e sulla loro sicurezza ed efficacia.

Durante questo periodo, si possono avvertire alcune complicazioni o effetti a lungo termine del trattamento. Questi possono essere associati alla chirurgia o alla chemioterapia.

Le complicazioni a lungo termine più comuni sono:

- Linfedema (di cui potete leggere nel nostro opuscolo dedicato), se i linfonodi sono stati rimossi,
- Mancanza di appetito, nausea o affaticamento (che di solito migliorano con il tempo),
- Perdita di capelli, anche se di solito ricrescono,
- Parestesia delle mani e delle gambe, che può persistere per diversi mesi.

Durante il periodo di follow-up, vi verranno offerti controlli regolari. Alcuni centri eseguono solo esami clinici, mentre altri includono esami di laboratorio come il CA125; altri ancora eseguono regolarmente esami di diagnostica per immagini (come TAC, RMN, PET TAC o ecografie).

L'aspetto specifico di questo tipo di cancro è che è possibile prevedere la recidiva del tumore con il CA125 se il marcatore tumorale era elevato prima dell'inizio del trattamento di prima linea. I livelli di CA125 salgono da 3 a 6 mesi circa prima che si manifestino i sintomi o che si possa vedere con la diagnostica per immagini. Tuttavia, anche se sappiamo che il cancro tornerà dopo qualche mese, non è consigliabile iniziare immediatamente il trattamento se l'aumento del CA125 è l'unico sintomo. Se si decide di iniziare la chemioterapia solo perché il CA125 è aumentato, questa causerà effetti collaterali, ma non contribuirà a prolungare la sopravvivenza complessiva. È quindi importante discutere con il proprio medico se tenere monitorato il CA125 con controlli regolari o solo in presenza di nuovi sintomi. In futuro potrebbero essere sviluppati nuovi farmaci efficaci anche in caso di aumento del CA125.

Potrebbe essere proposto un test genetico per le mutazioni BRCA. Il test genetico è importante per voi perché alcuni farmaci del gruppo degli inibitori PARP sono registrati solo per i pazienti con questa mutazione. Il test genetico è importante anche per i parenti stretti. Le mutazioni BRCA sono associate a una maggiore probabilità di sviluppare il cancro al seno, anche negli uomini, e il cancro alle ovaie, e disponiamo di strategie efficaci per prevenirli entrambi.

Sintomi di recidiva:

I sintomi che suggeriscono una recidiva di questo tumore sono associati a tumori che crescono sul peritoneo e sulla superficie intestinale, gonfiore addominale, nausea, vomito, inappetenza, perdita di peso e dolore. Se invece il tumore si sviluppa nel torace (nei polmoni o nella pleura), possono comparire sintomi come respiro affannoso, tosse o tosse con sangue. I singoli sintomi non significano che il tumore si sia ripresentato, ma se si manifestano più sintomi contemporaneamente, se i sintomi persistono per più di qualche settimana o se peggiorano, è molto probabile che il tumore si sia ripresentato.

Trattamento delle recidive:

In genere, il trattamento è pianificato per prolungare la progressione della malattia e trattare i sintomi. Di solito si raccomanda la chemioterapia. Se bevacizumab o gli inibitori PARP non sono stati utilizzati dopo il trattamento di prima linea, possono essere iniziati dopo la chemioterapia di seconda linea. La riduzione dei sintomi può essere ottenuta con diversi farmaci e talvolta è necessaria la rimozione dell'ascite e del versamento pleurico. Alcuni pazienti sono candidati anche al trattamento chirurgico. Per questo motivo si raccomanda di essere trattati in un centro in cui siano disponibili sia la chemioterapia che la chirurgia e in cui i pazienti siano presi in esame da team multidisciplinari di specialisti.

Per questo tipo di cancro ovarico/tubarico/peritoneale, è particolarmente importante chiedere informazioni sugli studi clinici.

GLOSSARIO

Peritoneo: Il tessuto che riveste la parete addominale e la maggior parte degli organi dell'addome.

Stoma: apertura creata chirurgicamente da un'area interna al corpo verso l'esterno (ad esempio tra l'intestino crasso e la parete addominale - colostomia).

Pleura: un sottile strato di tessuto che ricopre i polmoni e riveste la parete interna della cavità toracica. Protegge e ammortizza i polmoni. Questo tessuto secerne una piccola quantità di liquido che agisce come lubrificante, consentendo ai polmoni di muoversi agevolmente nella cavità toracica durante la respirazione.

Addome: L'area del corpo che contiene pancreas, stomaco, intestino, fegato, cistifellea e altri organi.

Paraestesia: Sensazione anomala al tatto, come bruciore o pizzicore, che si verifica in assenza di uno stimolo esterno.

Nausea: Sensazione di malessere o disagio allo stomaco che può essere accompagnata dall'impulso a vomitare. La nausea è un effetto collaterale di alcuni tipi di terapia antitumorale.

Stanchezza: Condizione caratterizzata da estrema stanchezza e incapacità di funzionare per mancanza di energia. La stanchezza può essere acuta o cronica.

Ascite: Accumulo anomalo di liquido nell'addome che può causare gonfiore. Nel cancro in fase avanzata, le cellule tumorali possono essere trovate nel liquido dell'addome. L'ascite si verifica anche nei pazienti con malattie epatiche.

Versamento pleurico: Raccolta anomala di liquido tra i sottili strati di tessuto (pleura) che rivestono il polmone e la parete della cavità toracica.

Team multidisciplinare: Un approccio alla pianificazione del trattamento in cui diversi medici esperti in diverse specialità (discipline) esaminano e discutono le condizioni mediche e le opzioni di trattamento di un paziente. Nel trattamento del cancro, un parere multidisciplinare può includere quello di un oncologo medico (che si occupa del trattamento del cancro con farmaci), di un oncologo chirurgo (che si occupa del trattamento del cancro con interventi chirurgici) e di un oncologo radioterapista (che si occupa del trattamento del cancro con radiazioni). Chiamato anche tumor board review.

2. Cancro dell'endometrio

La maggior parte dei tumori dell'endometrio viene solitamente individuata nelle fasi iniziali. Il più delle volte vengono trattati chirurgicamente con l'asportazione dell'utero, delle ovaie o dei linfonodi (anche se può essere rimosso solo il linfonodo sentinella). A volte si raccomanda la radioterapia della pelvi, ma raramente è necessaria la chemioterapia. Al termine del trattamento, di solito non ci sono segni di malattia. La maggior parte delle pazienti con tumore dell'endometrio ha una prognosi eccellente. I tumori dell'endometrio non presentano spesso recidive.

Periodo di follow-up:

La maggior parte dei centri esegue il follow-up delle pazienti con tumore dell'endometrio con controlli regolari dal ginecologo. La paziente viene interrogata sui nuovi sintomi e viene effettuato un esame clinico ginecologico. Alcuni centri raccomandano la diagnostica per immagini.

Durante questo periodo, si possono avvertire alcune complicazioni a lungo termine del trattamento. Queste possono essere associate alla chirurgia o alla radioterapia. Le complicazioni a lungo termine più comuni sono:

- Linfedema (di cui potete leggere nel nostro opuscolo dedicato), se i linfonodi sono stati rimossi, oppure
- Infiammazione cronica della vescica o dell'intestino crasso, in caso di radioterapia.

I fattori di rischio per il tipo più comune di cancro dell'endometrio sono l'obesità, il diabete e l'ipertensione arteriosa. È quindi importante condurre uno stile di vita sano; perdere peso e controllare il diabete e l'ipertensione possono essere associati a una prognosi migliore e a una migliore qualità di vita.

Sintomi di recidiva:

Il tumore dell'endometrio può recidivare localmente, cioè sopra la vagina rimanente. Pertanto, il sanguinamento dalla vagina è spesso il primo sintomo.

In rari casi, può diffondersi ad altri organi, come l'addome, il fegato o il torace (polmoni e pleura). In questo caso, i sintomi sono simili a quelli descritti sopra.

Trattamento delle recidive:

I tumori locali nella pelvi, al di sopra della vagina, possono essere trattati con radiazioni, chirurgia o una combinazione di questi metodi.

Se il tumore si è diffuso ad altri organi, di solito si consiglia la chemioterapia. Molte pazienti affette da tumore dell'endometrio hanno un cancro ormono-dipendente, il che significa che può essere disponibile anche una terapia ormonale.

Anche in questo caso, si raccomanda di essere curati in un centro in cui siano disponibili tutte le terapie oncologiche (chirurgia, radioterapia e chemioterapia) e in cui i pazienti siano trattati da team multidisciplinari.

3. Altri tumori maligni dell'ovaio

(altri tumori epiteliali dell'ovaio, tumori stromali della corda sessuale, tumori a cellule germinali)

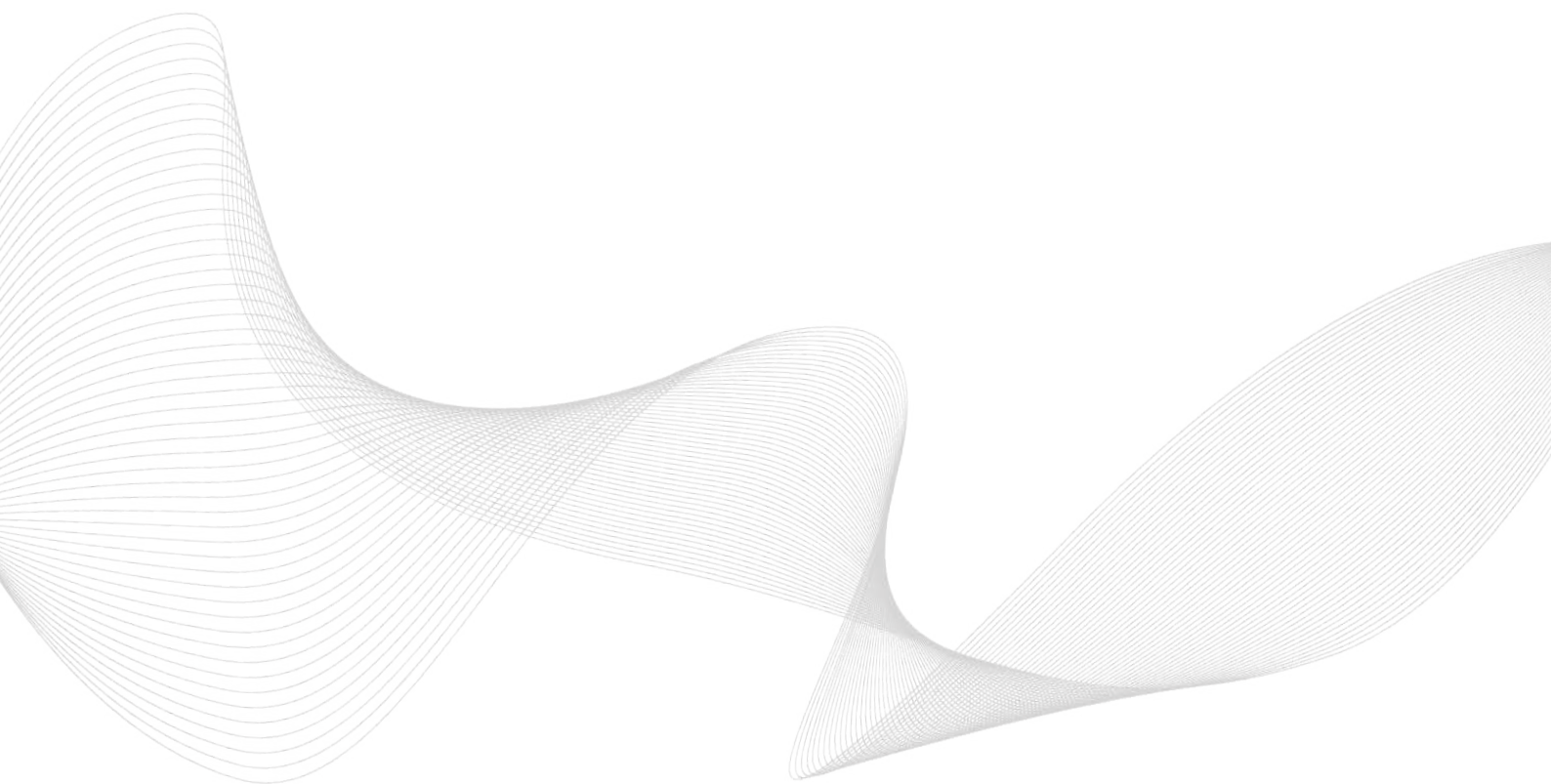
Esistono molti tipi di malattie maligne che si differenziano per le cellule/tessuti che diventano maligni per primi. Nel caso dei tumori ovarici, il 90% ha origine nell'epitelio ovarico, cioè nello strato più esterno delle cellule ovariche. Come già detto, la forma più comune di tumore ovarico è il tumore sieroso di alto grado, che è un tipo di tumore ovarico epiteliale. Gli altri tumori epiteliali non sono altrettanto comuni e sono elencati nella Tabella 1. Oltre ai tumori ovarici epiteliali, altri tumori ovarici rari possono svilupparsi dalle cellule germinali, che sono le cellule che producono gli ovuli, o da speciali cellule stromali, che sono cellule che si trovano al centro dell'ovaio. Mentre i tumori ovarici epiteliali sono il tumore ovarico più comune tra le donne adulte e in post-menopausa, i tumori ovarici a cellule germinali sono il tumore ovarico più comune tra le giovani donne.

Tutti i tumori elencati nella Tabella 1 hanno una biologia e un comportamento specifici, per cui richiedono approcci diversi al trattamento e al follow-up. Poiché non esiste una struttura uniforme per le visite di follow-up, i diversi centri possono adottare strategie diverse. È importante parlare con il proprio medico curante e stabilire un piano.

Non è possibile fornire dettagli per ogni tipo di tumore. Tuttavia, è importante parlare con il proprio medico curante di ciò che ci si può aspettare, della frequenza con cui i tumori possono recidivare, dei sintomi che di solito compaiono e del tipo di trattamento disponibile in quel momento. In generale, i tumori ovarici che non sono tumori sierosi di alto grado, con alcune eccezioni, hanno una prognosi migliore.

Tabella 1: Classificazione dei tumori ovarici rari

| | |
|---------------------------------------|--|
| Tumori ovarici epiteliali | Adenocarcinoma mucinoso Adenocarcinoma a cellule chiare Carcinoma sieroso di basso grado Altri carcinomi |
| Tumori ovarici del cordone ombelicale | Tumore delle cellule della granulosa adulte Tumore delle cellule della granulosa giovani Tumore delle cellule del Sertoli-Leydig Tumore delle cellule steroidee |
| Tumori ovarici misti | Adenosarcoma |
| Tumori ovarici a cellule germinali | Disgerminoma/Seminoma Tumore misto a cellule germinali Carcinoma embrionale Coriocarcinoma, Teratoma immaturo Gonadoblastoma |



4. Cancro vulvare, vaginale, cervicale

La maggior parte dei tumori del collo dell'utero, della vagina e della vulva vengono individuati nelle fasi iniziali se le donne partecipano regolarmente ai programmi di screening. Tra questi, i tumori cervicali sono i più comuni, mentre quelli vaginali sono estremamente rari. La maggior parte dei tumori vulvari, quasi tutti i tumori vaginali e i tumori cervicali sono malattie legate al papilloma virus (HPV). Si prevede che con la vaccinazione contro l'HPV ad alto rischio e la partecipazione a programmi di screening, i tumori del collo dell'utero potrebbero essere quasi eliminati in futuro. Se i tumori del collo dell'utero e della vulva sono diagnosticati in fase precoce o confinati all'organo di origine, vengono trattati chirurgicamente. A volte sono consigliate anche la radioterapia e la chemioterapia. Al termine del trattamento in fase iniziale, di solito non ci sono segni di malattia. Le donne con uno stadio precoce della malattia hanno di solito una buona prognosi. Se il cancro del collo dell'utero viene diagnosticato in donne giovani che desiderano avere figli, esistono trattamenti che possono anche preservare la fertilità. I tumori vaginali sono così rari che il trattamento dovrebbe avvenire solo in un grande centro di oncologia ginecologica.

Periodo di follow-up:

La maggior parte dei centri esegue il follow-up delle pazienti con cancro cervicale, vaginale e vulvare con controlli regolari dal ginecologo. La paziente viene interrogata sui nuovi sintomi e viene effettuato un esame clinico ginecologico. Alcuni centri raccomandano la diagnostica per immagini.

Durante questo periodo, si possono avvertire alcune complicazioni a lungo termine del trattamento. Queste possono essere associate alla chirurgia o alla radioterapia. Le complicazioni a lungo termine più comuni sono:

- Linfedema (di cui potete leggere nel nostro opuscolo speciale), se i linfonodi sono stati rimossi,
- Infiammazione cronica della vescica o dell'intestino crasso, in caso di radioterapia,
- Problemi di svuotamento della vescica dopo un intervento di isterectomia radicale.

Sintomi di recidiva:

Il tumore del collo dell'utero può recidivare localmente, cioè nella parte superiore della vagina rimanente. Il primo sintomo è il sanguinamento dalla vagina.

Può anche diffondersi ad altri organi, come l'addome, il fegato o il torace (polmoni e pleura). In questi casi, i sintomi sono simili a quelli sopra descritti.

Il cancro vulvare di solito recidiva localmente, cioè sulla vulva o nella regione inguinale, e può diffondersi localmente alla vescica, al retto o alla pelvi. Raramente si diffonde ad altri organi. Anche in questo caso, i sintomi sono correlati alla sede della recidiva.

Trattamento delle recidive:

I tumori locali nella pelvi, nella vulva o sopra la vagina possono essere trattati con radiazioni, chirurgia o una combinazione di entrambi, se fattibile e non ancora tentata.

Se il tumore si è diffuso ad altri organi, di solito si consiglia la chemioterapia. Una terapia mirata, come il bevacizumab, può essere utilizzata per il cancro cervicale ricorrente. È inoltre disponibile o in fase di studio l'immunoterapia per il cancro cervicale e vulvare.

Anche in questo caso, si raccomanda di essere trattati in un centro in cui siano disponibili tutte le terapie antitumorali (chirurgia, radioterapia e chemioterapia) e in cui i pazienti siano trattati da team multidisciplinari. Poiché questi tumori sono relativamente rari, è anche molto importante che il centro abbia la capacità di partecipare a nuovi studi, in modo da poter disporre di nuovi farmaci e nuovi metodi di trattamento.

5. Altri tumori ginecologici

Esiste un elevato numero di diverse patologie maligne che possono insorgere negli organi e nei tessuti ginecologici. La maggior parte di quelle non elencate sopra sono tumori rari se si considera la popolazione generale delle donne. Possono originare da diversi tipi di cellule, tra cui quelle epiteliali (tumori), mesenchimali (sarcomi), nonché da altri tipi particolari di cellule (come i tumori che originano dalla placenta, chiamati malattia trofoblastica gestazionale).

Quando viene diagnosticato un tumore di questo tipo, è ancora una volta fondamentale che il trattamento e il follow-up avvengano in un centro che abbia familiarità con questo tipo di tumori. È inoltre importante parlare con il medico curante della natura della malattia e porre le domande sopra elencate. Tutte le malattie maligne hanno caratteristiche biologiche proprie e si comportano in modo diverso. Il metodo di trattamento migliore dipende anche dallo stato di salute generale, dalle condizioni fisiche e dalle preferenze personali. Anche in questo caso, la cosa più importante è un approccio multidisciplinare e un colloquio approfondito con il medico curante.

Leiomioma uterino:

Questi tumori si sviluppano dallo strato muscolare dell'utero. Fortunatamente sono piuttosto rari. Di solito compaiono in donne di 50-60 anni. Una delle complicazioni di questi tumori è che assomigliano a leiomiomi benigni. I leiomiomi sono i tumori più comuni dell'utero e si manifestano in giovane età. Di solito non causano problemi, ma possono essere associati a forti emorragie mestruali o crampi. Al contrario, possono essere così grandi da comprimere altri organi (come la vescica o l'intestino). È quasi impossibile stabilire con certezza se un tumore nell'utero sia un leiomioma benigno o un leiomioma sarcoma maligno solo con l'ecografia, la TAC, la risonanza magnetica o altre immagini. Tuttavia, è più comune che un leiomioma sarcoma causi problemi, cresca rapidamente e provochi sanguinamento e dolore, soprattutto se questi sintomi compaiono dopo la menopausa.

È quindi importante che le donne si informino sulla probabilità di una diagnosi di tumore maligno prima di trattare i tumori solidi nell'utero. È inoltre importante che le donne discutano con il proprio chirurgo il modo migliore per rimuovere un tumore maligno, poiché la maggior parte dei leiomiomi viene rimossa con un approccio laparoscopico e tagliata in piccoli pezzi all'interno dell'addome.

Malattie trofoblastiche gestazionali

Questi tumori si verificano nella placenta e sono quindi associati alla gravidanza. Questa categoria comprende diversi tipi di tumori con caratteristiche biologiche e comportamento differenti. Di solito, ma non sempre, sono associati a livelli molto elevati dell'ormone della gravidanza beta-HCG, che, in seguito, può essere utilizzato come marcatore tumorale. Inoltre, sono spesso molto sensibili alla chemioterapia, che è il metodo di trattamento più importante, anche se in alcune circostanze si combinano chirurgia e radioterapia.

La più comune di queste è chiamata gravidanza molare. Di solito ha una prognosi eccellente, è una malattia relativamente benigna e viene trattata con la rimozione chirurgica del tessuto con curettage. Altre forme maligne sono il coriocarcinoma, i tumori trofoblastici della placenta e i tumori trofoblastici epitelioidi. Tutte le forme di malattia trofoblastica gestazionale necessitano di un follow-up prolungato, poiché possono recidivare molto tempo dopo il trattamento primario. Durante il follow-up, l'ormone della gravidanza betaHCG viene solitamente controllato per verificare se la malattia si è manifestata. La malattia può recidivare localmente nell'utero se non è stata rimossa chirurgicamente o con metastasi a distanza in altri organi. Le metastasi più comuni sono quelle al fegato, ai polmoni e al cervello. I sintomi sono solitamente associati all'organo coinvolto.

Il tumore primario e le metastasi possono essere molto fragili e possono sanguinare molto rapidamente e abbondantemente. Durante il periodo di follow-up, è molto importante avere una contracccezione molto affidabile se l'utero non è stato rimosso, in modo da poter determinare se un aumento dell'ormone della gravidanza è associato alla recidiva del tumore. I contraccettivi orali combinati possono essere utilizzati in modo sicuro. Il momento più sicuro per una gravidanza deve essere discusso con il proprio medico curante presso il centro di oncologia ginecologica.

ENGAGe desidera ringraziare gli autori, i collaboratori e i membri del Gruppo Esecutivo ENGAGe per la loro costante disponibilità e per il lavoro di aggiornamento di questa scheda.

ENGAGe desidera esprimere sincera gratitudine agli autori Andrea Krull (Germania) e Svenja Pokorny (Italia) e a Dr.ssa Maja Pakiz (Slovenia) e Dr. Kamil Zalewski (Polonia), per la revisione clinica di questa scheda.

Ringraziamo anche Agnes Szuhai per aver fornito le immagini grafiche per questo opuscolo.

Engage desidera rivolgere un ringraziamento particolare a Loto per la traduzione in lingua italiana e alla Dott.ssa Myriam Perrone e la Dott.ssa Gloria Ravegnini per la revisione scientifica della brochure.

Tutto il team Loto ricorda con profondo affetto Svenja per la sua generosa disponibilità e la fattiva collaborazione nei progetti dell'associazione.

The entire Loto team remembers Svenja with warm affection for her generous support and active collaboration in the association's projects.

Contatti ENGAGe

Sito web: <https://engage.esgo.org/>

Email: engage@esgo.org

Facebook: <https://www.facebook.com/engage.esgo>

ENGAGe raccomanda di mettersi in contatto con l'associazione pazienti più vicina a voi.

LOTO ODV

Uniti per le donne contro i tumori ginecologici

Sede Nazionale, Via Botticelli n. 10/c, 40133 - BOLOGNA

Tel. 329 7546860

<http://www.lotonlus.org>

Note

Note



ENGAGe 
ESG  | European Network of Gynaecological
Cancer Advocacy Groups

