

La Stadiazione Chirurgica della Malattia

La stadiazione del carcinoma ovarico è basata sul bilancio lesionale condotto chirurgicamente sull'addome e nella pelvi. Tranne in rari casi, la maggior parte di questa chirurgia viene eseguita con tecnica laparotomica e non mini-invasiva. In pratica, dopo apertura dell'addome mediante incisione longitudinale mediana, si procede con step chirurgici ben codificati:

- **Esame citologico del liquido libero addominale o dell'ascite.** In assenza di versamento si deve eseguire un lavaggio peritoneale della pelvi e dell'alto addome con soluzione salina.
- **Ispezione sistematica e palpazione degli organi addominali e retro peritoneali.**
- **Esplorazione della pelvi e degli organi in essa contenuti**, in particolare gli organi ginecologici (utero, ovaie e tube) segnalando la eventuale presenza di neoformazioni o aderenze.
- **Ispezione attenta del peritoneo pelvico e addominale.**

I tempi dello staging classico prevedono: ovaro - salpingectomia bilaterale con asportazione del legamento infundibulo - pelvico all'origine dei vasi ovarici, isterectomia totale, omentectomia, appendicectomia, biopsie multiple di ogni area sospetta e delle logge diaframmatiche, linfadenectomia pelvica e lomboaortica.

La Chirurgia Conservativa

La chirurgia conservativa negli stadi precoci del carcinoma ovarico è un'alternativa proponibile per le donne giovani e desiderose di prole. La paziente deve essere consapevole del piccolo aumento del rischio di recidive rispetto alla chirurgia radicale e, inoltre, deve accettare di sottoporsi ad un follow-up intensivo.

I **criteri di selezione** delle pazienti candidate ad una chirurgia conservativa sono: malattia bene o moderatamente differenziata, assenza d'infiltrazione della capsula, citologia peritoneale negativa.

La stadiazione chirurgica deve essere accurata, con negatività istologica e/o macroscopica dell'ovaio controlaterale.

In letteratura vengono riportate percentuali di recidive del 8,3% (3/36) in pazienti allo stadio IA trattate con chirurgia conservativa; percentuale confermata da Zanetta (9%) in uno studio condotto su 53 pazienti al I stadio trattate con sola ovaro - salpingectomia (5/53). L'interessamento uterino endometriale sembra essere presente soprattutto nell'istotipo endometriode, con una percentuale del 10-15%, nelle pazienti candidate alla conservazione dell'utero; l'isteroscopia con curettage della cavità endometriale deve essere considerata parte integrante della stadiazione chirurgica conservativa.

La Citoriduzione Primaria

Circa il 70% delle pazienti con diagnosi di neoplasia ovarica si presentano ad uno stadio avanzato, quando la malattia si è diffusa nella pelvi e nella cavità addominale. Il trattamento per queste pazienti consiste nella citoriduzione primaria: l'intervento chirurgico ha lo scopo di asportare tutta la malattia macroscopicamente visibile.

Questo tipo di procedura è anche conosciuta come chirurgia di "debulking", dato che lo scopo è la rimozione della massa ("bulk") tumorale. Numerosi studi clinici hanno dimostrato che la prognosi e la sopravvivenza di queste pazienti sono correlate al tumore residuo (TR) del primo intervento chirurgico. Le pazienti senza tumore residuo o con noduli tumorali inferiori al centimetro hanno una migliore possibilità di cura e di sopravvivenza a lungo termine.

Quindi la chirurgia citoriduttiva consente di:

- **migliorare la sintomatologia clinica.**
Spesso la prima chirurgia permette di ridurre l'ascite, rimuovere voluminose masse neoplastiche determinanti fenomeni compressivi a carico del distretto entero - colico e, meno frequentemente, urinario con un immediato ed importante beneficio psicologico per la paziente.
- **migliorare la risposta del tumore alle successive chemioterapie.**
Questo effetto è riscontrabile mediante un aumento della perfusione tumorale e della frazione di cellule in fase di crescita. La citoriduzione può inoltre ridurre il numero di cloni farmacologicamente chemio - resistenti.
- **migliorare le capacità immunologiche della paziente, attraverso la riduzione dell'immuno - soppressioneneoplastica.**

Per questa ragione è molto importante che la chirurgia citoriduttiva sia eseguita correttamente da una equipe di ginecologi oncologi specializzati nella cura di questi tumori.

La Chirurgia d'Intervallo

Si definisce "chirurgia d'intervallo" un intervento chirurgico eseguito dopo un trattamento "chemioterapico neoadiuvante" di almeno 3 cicli. Il ruolo della chirurgia d'intervallo è attualmente controverso, a causa dell'assenza, ad oggi, di studi randomizzati che dimostrino in termini di sopravvivenza ed intervallo libero di malattia, una superiorità di questo approccio rispetto alla chirurgia primaria.

Il valore della chemioterapia neoadiuvante, testata in piccoli studi retrospettivi, non ha rilevato differenze, in termini di sopravvivenza, tra le pazienti sottoposte a chemioterapia neoadiuvante seguita da chirurgia di intervallo comparate con quelle operate in maniera sub-ottimale in prima battuta e trattate, successivamente, con lo stesso regime chemioterapico.

Al contrario, uno studio controllato dell' EORTC (gruppo ginecologico) sembrerebbe dimostrare che nelle situazioni di estesa diffusione del tumore è vantaggioso rinviare la chirurgia citoriduttiva dopo un iniziale trattamento chemioterapico (2-3 cicli).

Tale scelta terapeutica dovrebbe comunque essere limitata ai seguenti casi:

- **pazienti eccessivamente defecati;**
- **pazienti con complicanze in atto** (trombosi venose profonde, embolie polmonari, etc);
- **pazienti che hanno effettuato una laparotomia/laparoscopia biptica** presso un altro centro con valutazione di in operabilità.

La Citoriduzione Secondaria

Le pazienti con recidiva di neoplasia ovarica o sottoposte a solo trattamento chemioterapico di prima istanza possono essere candidate ad un intervento che si definisce di "citoriduzione secondaria".

Le pazienti che si sottopongono a questo tipo di trattamento devono essere in buone condizioni generali e la loro malattia deve avere una diffusione controllata, idealmente con lesione unica. Per individuare e localizzare recidive di malattia la paziente deve sottoporsi a rigorosi controlli radiologici, ematologici, e clinici, effettuati da specialisti esperti e dedicati alla cura del tumore dell'ovaio.

Tecniche e Strumentario

La prognosi della paziente con carcinoma dell'ovaio in stadio avanzato è correlata anche alla completa rimozione della malattia tumorale alla prima chirurgia.

Qui di seguito vengono riportati alcuni esempi di tempi chirurgici attuati durante la citoreduzione primaria ed alcuni strumentari di cui ci si avvale:

- **Chirurgia sul diaframma.**
La tecnica chirurgica è anche chiamata "stripping peritoneale diaframmatico". Il diaframma, come tutti gli organi e le pareti addominali, è rivestito da una membrana sottile che si chiama peritoneo. La neoplasia ovarica negli stadi avanzati si può diffondere sulla superficie del peritoneo diaframmatico, formando delle lesioni nodulari. Questa tecnica permette l'asportazione di queste lesioni.
- **Argon Beam Coagulator (ABC)**
Questo strumento chirurgico utilizza un "raggio laser" che permette con maggior accuratezza, precisione e minor perdita di sangue di asportare il tessuto tumorale rispetto agli strumenti chirurgici tradizionali (forbici e/o bisturi).
- **Cavitron Ultrasonic Surgical Aspirator (CUSA)**
Questo strumento utilizza onde sonore per destrutturare i tessuti tumorali in microporzioni che vengono contemporaneamente rimosse mediante aspirazione.

Presso lo IEO, quindi, anche nell'approccio chirurgico tradizionale laparotomico vengono utilizzati strumenti di avanzata tecnologia. Il centro di alta specializzazione si avvale anche di un centro di ricerca che analizza i tessuti neoplastici, in modo da poter studiare la biologia dei tessuti chemio-resistenti e poter poi scegliere i trattamenti successivi più efficaci.