



TRATTAMENTO INTEGRATO DEI TUMORI OVARICI: COSTITUZIONE DI UN TEAM INTERDISCIPLINARE AZIENDALE

Il tumore ovarico non è un tumore frequente, infatti in Emilia-Romagna ha un tasso di incidenza intorno di 17-18 casi su 100.000 donne per cui, nella provincia di Reggio Emilia, è prevedibile l'insorgenza di circa 45 casi per anno mentre in Emilia-Romagna si stimano circa 350-400 nuovi casi.

In generale la prognosi è severa, dal momento che nel 70% dei casi la diagnosi avviene allo Stadio III, con presenza di carcinosi peritoneale.

La sopravvivenza complessiva media è a 5 anni di circa il 40%, ma varia dal 75% in pazienti al I° Stadio al 17-20% circa al IV° Stadio. La terapia standard del tumore ovarico prevede una terapia integrata con una chirurgia di citoriduzione ottimale seguita da una chemioterapia adiuvante a base di platino.

Dagli anni '90 è dimostrato che la prognosi dei tumori maligni dell'ovaio negli stadi avanzati ha come principale fattore indipendente il residuo neoplastico dopo il primo intervento chirurgico: la sopravvivenza aumenta significativamente con residuo tumorale inferiore ad 1 cm, mentre non cambia se il residuo è maggiore di 2 cm. Questo dato è dimostrato da moltissimi studi quali la metanalisi di Bristow (J Clin Oncol, 2002;20:1248-59) del 2002.

Particolarmente significativo è lo studio di Chi DS e Coll. (Gynecol Oncol. 2006;103(2):559-64), che su una casistica molto selezionata di pazienti con tumore al III° stadio C (tumore diffuso al peritoneo addominale) dimostra che la sopravvivenza media è significativamente correlata alla dimensione del residuo neoplastico per cui in caso di assenza di residuo (citoriduzione ottimale)

si ha una sopravvivenza di 106 mesi, mentre con residuo tra 1 e 2 cm la sopravvivenza crolla a 34 mesi.

Per ottenere questo risultato è necessario uno sforzo chirurgico importante che richiede oltre alla terapia classica standard del carcinoma ovarico (isterectomia, annessiectomia bilaterale, omentectomia, appendicectomia, biopsie peritoneali multiple) anche resezioni intestinali, ampie peritonectomie pelviche, addominali e del diaframma, resezioni di metastasi epatiche, colecistectomia, splenectomia, resezione della coda del pancreas, etc.



Nel trattamento standard, dopo una chirurgia la paziente deve sottoporsi ad una chemioterapia a base di paclitaxel-cisplatino per 6 cicli.



Negli ultimi anni è stata proposta la possibilità di una chemioterapia con carbo-taxolo per 3 cicli eseguita prima della chirurgia citoreduttiva, che potrebbe avere il vantaggio di una riduzione dell'aggressività chirurgica e una migliore possibilità di debulking ottimale. Non sono stati dimostrati tuttavia risultati migliori in termini di overall survival rispetto alla prima chirurgia seguita da chemioterapia adiuvante.

Negli ultimi anni si è sviluppato inoltre il dibattito su elementi quali il ruolo della chemioterapia intraperitoneale, che da alcuni studi sembra migliorare la sopravvivenza media, l'utilizzo della chemioipertermia all'interno di una chirurgia citoreduttiva assai spinta (Helm, Journal of Surgical Oncology, 2008; 98:283-290) il reale ruolo e il timing di una seconda chirurgia in caso di recidive (Vergote, Int J Gynecol Cancer 2008, 18, 11-19).

Il brevissimo excursus sullo stato dell'arte nella terapia del tumore ovarico tende a dimostrare che la terapia del tumore ovarico è fortemente integrata sia nella fase del primo trattamento che nel caso di recidive, purtroppo assai frequenti e che l'elemento di più difficile standardizzazione resta l'approccio chirurgico, che resta tuttora elemento prognostico fondamentale.

All'interno dell'ASMN si è ritenuto perciò indispensabile costituire un gruppo di lavoro di professionisti di diverse estrazioni che garantiscano il miglior trattamento delle donne affette da tumore ovarico.

Il giorno 4 febbraio 2009, presso l'aula 1 delle aule di formazione, si è tenuto un incontro costitutivo di un Team per la diagnosi e il trattamento del tumore ovarico che ha visto interessati Radiologi, Medici Nucleari, Anatomico-Patologi, Ginecologi, Chirurghi Generali, Chirurghi Toracici, Anestesisti e Oncologi Medici. Hanno partecipato anche il Dr. Apolone, Consulente dell'ASMN per il costituendo IRCCS, e il Dr. Mazzi in rappresentanza della Direzione.

Obiettivo del pomeriggio di studio è stato quello di condividere la filosofia complessiva del trattamento del tumore ovarico, partendo dagli aspetti diagnostici, sia preoperatori con l'utilizzo di diagnostica per immagini TAC sempre più precisa, che nell'ambito della recidiva dove la TAC PET ha un ruolo fondamentale, passando agli aspetti terapeutici con la definizione delle tecniche chirurgiche più adeguate al raggiungimento di una citoreduzione ottimale, in particolare sull'alto addome e sul diaframma dove può essere interessato anche il Chirurgo Toracico.

La condivisione è stata assai approfondita. Hanno partecipato 50 professionisti dell'ASMN, che in gran parte già collaborano a diverso titolo nel percorso delle pazienti con tumore ovarico.

L'obiettivo finale sarà quello di definire un percorso diagnostico-terapeutico completo, da condividere anche in sede Interaziendale, che vada dal momento della prima diagnosi alle terapie palliative in caso di recidiva non più trattabile, sul modello di quanto è stato definito per altre neoplasie quali quella della mammella e quella del polmone.

L'iniziativa si colloca nel quadro di un ulteriore miglioramento della qualità assistenziale della ginecologia oncologica all'interno dell'ASMN che si propone di diventare Centro di riferimento non solo provinciale ma, possibilmente, di Area Vasta o Regionale.

Martino Abrate

Direttore Dipartimento
Ostetrico, Ginecologico e Pediatrico

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Ospedale S. Maria Nuova

**COSTITUZIONE
OVARY CANCER TEAM**

Mercoledì
4
Febbraio
2009

Azienda ASMN di Reggio Emilia

Aula 1
Formazione
Piano—1

Introduzione

14.30 Saluti della Direzione Aziendale - Dr. Giorgio Mazzi
14.35 I gruppi di lavoro aziendali nell'ottica IRCCS - Giovanni Apolone
14.50 Proposta di gruppo aziendale "OVARY CANCER TEAM" - Martino Abrate

Moderatori: Giovanni Battista La Sala, Martino Abrate

15.00 La chirurgia primaria del tumore ovarico - Gino Clarini
15.20 La chirurgia dell'alto addome nel tumore ovarico - Claudio Pedrazzoli, Francesco Sandroni
15.35 Ruolo del chirurgo toracico nella chirurgia del tumore ovarico - Giorgio Spardi
15.50 Ruolo della chemioterapia neoadiuvante e chemioterapia di prima linea - Corrado Boni, Annalia Carpi
16.15 Problemi anestesiológicos nella paziente con carcinoma ovarico - Antonino Pistilli
16.30 Discussione
17.00 Pausa caffè
17.15 La diagnostica per immagini nella stadiazione prechirurgica - Monica Silvotti, Franco Nicolò
17.30 Ruolo della TAC/PET nella diagnostica della neoplasia ovarica - Aristide Versari
17.40 Istologia del tumore ovarico e ruolo dell'esame istologico estemporaneo - Maria Carolina Gelli
18.00 Il trattamento della recidiva: ruolo della chemioipertermia, la seconda chirurgia, la chemioterapia di seconda linea - Stefano Bonazzi, Martino Abrate, Annalia Carpi
18.45 Discussione
19.15 Conclusioni

La partecipazione sarà riconosciuta come presenza in servizio

Sono stati richiesti crediti ECM.