

GESTIONE DELLA STIC

E dei tumori epiteliali iniziali

Il carcinoma sieroso tubarico intraepiteliale (STIC) è un'entità anatomo-patologica identificata negli ultimi anni. È ancora oggetto di dibattito nel mondo scientifico internazionale, se la STIC sia realmente il precursore della gran parte dei carcinomi ovarici e peritoneali di alto grado, oppure se rappresenti un'entità istologica concomitante, frequentemente associata ad essi



PAOLO SCOLLO
Direttore Uoc
Ginecologia e Ostetricia
Ospedale Cannizzaro di
Catania

IDENTIFICARE I PRECURSORI dei tumori invasivi, soprattutto di neoplasie letali qual è il carcinoma ovarico, è essenziale per comprenderne la storia naturale e per identificare percorsi volti alla prevenzione di queste patologie.

L'ipotesi più accreditata, prevede che l'esfoliazione di alcune cellule maligne della STIC all'interno della cavità peritoneale ne permetta l'impianto sulla superficie ovarica o direttamente sul peritoneo viscerale o parietale e che la loro proliferazione dia origine alla massa neoplastica invasiva vera e propria. Dal 2005 è stato elaborato un protocollo per il sezionamento e l'esame estensivo della fimbria tubarica (Sectioning and Extensively Examining the Fimbria, SEE-FIM protocol) per identificare la presenza della STIC. Questo è di grande utilità soprattutto nelle donne che si sottopongono ad annessiectomia bilaterale o salpingectomia bilaterale profilattica per mutazione dei geni BRCA 1 e 2. Tale protocollo è oggi raccomandato nelle pazienti BRCA mutate, dalle principali società di anatomia patologica del mondo, in effetti l'incidenza della STIC è dieci volte superiore nella popolazione BRCA mutata rispetto alla popolazione wild type.

Quando viene diagnosticata, la STIC predispone al carcinoma sieroso di alto grado del peritoneo, per tale motivo le linee guida raccomandano una stadiazione chirurgica peritoneale completa in queste pazienti, che comprenda la citologia su liquido di lavaggio peritoneale, le biopsie peritoneali multiple e l'omentectomia infracolica; l'accesso chirurgico più indicato è quello laparoscopico. Seguendo le indicazioni delle linee guida della società europea di oncologia ginecologica (Esgo), l'asportazione dell'utero può essere indicata nelle pazienti con mutazione BRCA1, mentre la stadiazione linfonodale e la chemioterapia adiuvante non sono raccomandate in questo gruppo di pazienti con esame istologico definitivo negativo per neoplasia epiteliale invasiva.

Per quanto riguarda i tumori tubo-ovarici in stadio iniziale (stadio Figo I-IIA), tutte le linee guida sono concordi nel concentrare tutti i casi di sospetta neoplasia ovarica maligna presso centri di riferimento oncologico, dislocati ampiamente nel

territorio italiano, il tutto per garantire alla paziente oncologica un percorso di cura validato ed evidence based. Nei centri oncologici tutti i casi vengono discussi in riunioni programmate all'interno di gruppi multidisciplinari, che prevedono la presenza dell'oncologo medico, del ginecologo oncologo, del patologo dedicato, del radioterapista e di altre figure professionali (data manager, chirurgo generale, psico-oncologo, ecc). Nei tumori tubo-ovarici in stadio iniziale, l'intervento chirurgico prevede l'esame istologico estemporaneo al congelatore della massa, per una conferma diagnostica e per poter procedere con l'asportazione dell'utero, degli annessi uterini, dell'omento infracolico, dei linfonodi pelvici e paraortici fino alla vena renale sinistra (eccetto negli adenocarcinomi mucinosi), è inoltre indicato il campionamento del fluido peritoneale o del liquido di lavaggio e le biopsie peritoneali multiple. L'appendicectomia è indicata solo negli adenocarcinomi mucinosi. Nei casi in cui la prima chirurgia è stata sottodimensionata, un nuovo in-

tervento chirurgico solo per eseguire l'appendicectomia non è indicato, neanche in caso di diagnosi post-operatoria di adenocarcinoma mucinoso, se l'appendice era stata precedentemente visualizzata e descritta come macroscopicamente indenne.

L'accesso chirurgico raccomandato è quello laparotomico (laparotomia mediana), anche se negli ultimi anni, dopo la pubblicazione di diversi studi, soprattutto retrospettivi, inizia a essere accettato anche un accesso chirurgico laparoscopico in casi selezionati e in centri con un'alta esperienza chirurgica mininvasiva. La chirurgia laparoscopica è consigliata soprattutto nelle ristadiazioni chirurgiche, tra i vantaggi vi è un rapido inizio della terapia medica adiuvante, rispetto alla chirurgia tradizionale.

La chirurgia robotica trova ancora un campo di applicazione ristretto nel trattamento di questa neoplasia, soprattutto per la scarsa performance chirurgica dei robot in caso di grosse masse pelviche. Le candidate ideali alla chirurgia robotica sono le pazienti con piccole masse ovariche, libere da adesioni con la fossetta ovarica omolaterale e scarsa o assente disseminazione peritoneale. Seguendo le indicazioni della consensus conference Esgo-Esmo-Esp del 2024, nelle pazienti con carcinoma ovarico early stage, l'approccio fertility sparing, ovvero risparmiando l'utero e l'annesso controlaterale, rappresenta una strada percorribile nei tumori limitati all'ovaio stadio Figo IA e in selezionati casi stadio Figo IC1.

Per quanto riguarda i trattamenti adiuvanti, la chemioterapia a base di carboplatino e paclitaxel ogni 3 settimane rimane lo standard in queste pazienti, si può omettere nelle pazienti adeguatamente stadiate chirurgicamente con adenocarcinomi mucinosi stadio Figo IA-IC, endometrioidi G1 stadio Figo IA-IC, sierosi di basso grado stadio Figo IA-IC e adenocarcinomi a cellule chiare stadio Figo IA-IC1.

L'ampliamento delle conoscenze ci permette di trattare in maniera adeguata ogni diverso istotipo, evitando i trattamenti inutili, sempre più verso una medicina di precisione.



VILHELM HAMMERSHØI
Interno con giovane donna
di spalle, 1903