

## 15<sup>th</sup> International Meeting of the European Society of Gynaecological Oncology (ESGO)

Berlino, 28 ottobre – 1 novembre 2007

### Cancro dell'endometrio? Perché non il robot?

Nel giro di alcuni anni, i ginecologi sono passati dall'operazione di Weethheim alla tele-celiochirurgia, in particolare con il robot Da Vinci, che permette una maggiore precisione (6 assi di rotazione, senza effetto braccio di leva e con riduzione dei movimenti del braccio) e una maggiore ergonomia (strumenti nell'asse visivo ed utilizzabili indifferentemente da un mancino o da un destrimano).

Per sapere se questo robot poteva essere utilizzato in oncologia ginecologica, e più particolarmente in caso di cancro dell'endometrio, rendendo possibile una stadiazione del tumore, un gruppo di Anversa ha confrontato i risultati ottenuti in 11 pazienti operate con questa tecnica, 11 con la laparoscopia classica (LC), e 17 con la chirurgia a cielo aperto (CA).

Ne è risultato che questo metodo sembra non solo affidabile, ma anche vantaggioso in termini di sanguinamento [50 mL in media, contro 200 mL nella LC ( $P<0,05$ ) e 300 mL nella CA ( $P<0,05$ )] e di durata del decorso postoperatorio in condizioni di ricovero [3 giorni contro 5 nella LC e 8,5 ( $P<0,01$ ) nella CA]. Tuttavia, la durata dell'intervento è più lunga [4,45 ore contro 2,52 nella LC ( $P<0,01$ ) e 2,05 ore nella CA ( $P<0,01$ )] e il costo elevato (5.107 € contro 4.400 € nella LC e 4.917 € nella CA).

*(Van Dam P, et al. Robotic assisted minimal invasive surgery for endometrial carcinoma of the uterus compared with laparoscopic and abdominal surgery).*

### Aumentato rischio di tumori ginecologici dopo un cancro della mammella

Un antecedente di cancro della mammella esporrebbe a un aumentato rischio di cancro ginecologico primitivo. È quanto risulta da uno studio turco con-

dotto sulla popolazione generale, basato sui dati del Registro Tumori di Smirne, e relativo a 6.356 donne in cui la neoplasia mammaria era stata diagnosticata tra il 1992 e il 2002. In complesso, e rispetto alla popolazione generale, 88 donne (1,3%) hanno avuto un secondo cancro primitivo, diverso da quello del seno, contro i 49,8 casi attesi (rapporto standardizzato d'incidenza: 1,76; intervallo di confidenza al 95%, 1,43–2,2), con un eccesso di rischio assoluto di 86,9 per 100.000 anni-paziente. In 23 di queste donne (37,5%), il secondo cancro primitivo era ginecologico, rispetto agli 8,2 casi attesi: cancro endometriale in 21 casi, ovarico in 8, e della cervice uterina in 4.

*(Gulhan I, et al. Secondary gynecologic cancer after breast cancer in Turkish women).*

### Fattori di rischio familiari di cancro dell'ovaio

Due équipes danesi hanno cercato di precisare la relazione tra rischio di carcinoma ovarico e antecedenti familiari di cancro, confrontando al riguardo i familiari di primo grado di 653 donne che erano state colpite da una neoplasia ovarica e di 1.564 donne di controllo. Le informazioni relative a 2.152 madri, 1.925 padri, 2.562 sorelle e 805 fratelli sono state così incrociate con i dati del Registro tumori danese. I risultati mettono in evidenza un aumento del rischio di cancro dell'ovaio nelle donne con antecedenti familiari di tumori mammari e/od ovarici, o di neoplasie in genere. Essi indicano inoltre un effetto di riduzione del rischio di carcinoma ovarico dei contraccettivi orali, anche nelle donne con antecedenti familiari di tumori mammari e/od ovarici.

*(Soegaard M, Fredriksen K, Jensen A, et al. Risk of ovarian cancer in relation to cancer history among first-degree relatives).*

### Vaccino anti-HPV: la posizione dell'ESGO

Poiché i vaccini anti-HPV non proteggono contro tutte le fonti di oncogeni del papillomavirus umano (HPV, *Human Papilloma Virus*), l'*European Society of Gynaecological Oncology* (ESGO) raccomanda fermamente la prosecuzione di una politica di screening. Detto ciò, la scoperta di questi vaccini è un esempio in

materia di collaborazione tra università, industrie farmaceutiche e autorità sanitarie. Tuttavia, restano ancora numerose incognite, in particolare per quanto riguarda il futuro delle pazienti già infettate o addirittura di quelle che al momento della vaccinazione presentano già delle lesioni cervicali.

In queste condizioni, è logico sostenere il principio di una vaccinazione delle femmine di età compresa tra 9 e 13 anni. Prima di questa età, l'immunogenicità non è definita; oltre, e fino a 26 anni, le donne già sessualmente attive ne trarranno anch'esse beneficio, sia pure minore. Dopo i 26 anni, se una immunogenicità sembra esistere con uno dei vaccini, il valore clinico della vaccinazione non è chiaro. Infine, la vaccinazione va esclusa durante la gravidanza. Resta il problema (preoccupante) della disponibilità del vaccino nei Paesi meno sviluppati.

*(ESGO Statement on Cervical Cancer Vaccination).*

---

## Alimentazione delle donne affette da cancro dell'ovaio

---

Uno studio prospettico australiano si è interessato alla relazione tra cancro ginecologico e rischio di malnutrizione in 145 pazienti. La valutazione nutrizionale era basata sul *Patient-Generated Subjective Global Assessment* (PG-SGA) e su un dosaggio dell'albumina sierica prima del trattamento. È risultato che 110 donne (80%) presentavano uno stato nutrizionale corretto (PG-SGA classe A), 29 (20%) erano considerate "moderatamente malnutrite" (PG-SGA classe B), e nessuna "gravemente malnutrita" (PG-SGA classe C). Gli Autori sottolineano come le pazienti affette da cancro dell'ovaio avessero un tasso di albumina più basso delle altre ( $P = 0,003$ ) e dei punteggi PG-SGA più elevati ( $P < 0,001$ ), e come quasi i  $\frac{2}{3}$  di esse (67%) fossero malnutrite (PG-SGA classe B).

Dopo aggiustamento per età, indice di massa corporea (BMI, *Body Mass Index*) e livello basale di albumina, il rischio di malnutrizione era, rispetto alle altre neoplasie ginecologiche, 19 volte superiore in caso di cancro dell'ovaio (intervallo di confidenza al

95%, 3,03–129, 8;  $P = 0,002$ ). Tra i fattori confondenti, la frequente presenza di etilismo, un deficit di acido folico e vitamina D, una radioterapia più anoressigena, una chemioterapia più emetizzante: tutti fattori che, in caso di cancro dell'ovaio, dovrebbero indurre i ginecologi a prendere sistematicamente in considerazione i problemi nutrizionali.

*(Laky B, et al. Malnutrition among gynaecological patients).*

---

## Cancerogenesi cervicale: caccia aperta ai marker!

---

È possibile, con l'aiuto di marker biologici, definire i rischi di cancerogenesi cervicale? Al fine di appurare risposte a questo interrogativo, Kari Syrjänen e il suo gruppo hanno analizzato 150 casi di cancro del collo dell'utero e 152 di neoplasie intraepiteliali cervicali (CIN, *Cervical Intraepithelial Neoplasia*) con 13 marker biologici (marcatore immunocistochemico).

All'analisi multivariata sono stati identificati tre gruppi di marker: 5 marker indipendenti di CIN2 [E-caderina, ERK-1 (*Extracellular Regulated Kinase 1*), LR67, topo-2, VEGF-C (*Vascular Endothelial Growth Factor-C*)], 3 marker di HPV (*Human Papilloma Virus*) ad alto rischio oncogeno [survivina, p16INK4a, hTERT (*human TElomerase Reverse Transcriptase*)], e 2 marker di sopravvivenza in caso di cancro del collo dell'utero [nm23-H1, TIMP-2 (*Tissue Inhibitor of Metalloproteinases-2*)]. L'associazione VEGF-C/LR67 offre il migliore compromesso sensibilità/specificità per predire il rischio di CIN2, con un'area sotto la curva (AUC, *Area Under the Curve*) di 0,897, una sensibilità dell'86%, una specificità del 93,3%, un valore predittivo positivo del 99,1% e un valore predittivo negativo del 43,1%.

*(Syrjänen KJ, et al. Predicting high-risk human papillomavirus (HPV) infection, progression of cervical intraepithelial neoplasia (CIN) and prognosis of cervical cancer with a panel of 13 biomarkers tested in multivariate modelling).*