

AGEO NAPOLI 2017

**Carcinoma dell'endometrio: come e quando
intervenire**

***Mario Chizzolini – Ospedale dell'Angelo
Venezia Mestre
Primario Prof. T. Maggino***

FATTORI PROGNOSTICI

Fattori prognostici intrauterini	Fattori prognostici extrauterini
<ul style="list-style-type: none">• Tipo istologico• Grado di differenziazione• Profondità dell'infiltrazione miometriale• Estensione all'istmo e alla cervice• Invasione spazi vascolari• Presenza di ipoplasia endometriale associata• Stato recettoriale• Ploidia	<ul style="list-style-type: none">• Metastasi agli annessi• Diffusione intraperitoneale• Citologia peritoneale positiva• Metastasi linfonodale pelviche• Metastasi linfonodali para-aortiche

Stadio I	IA	Tumore limitato al corpo dell'utero Nessuna infiltrazione o < 1/2 del miometrio
	IB	Infiltrazione > 1/2 del miometrio
Stadio II		Tumore esteso allo stroma cervicale, ma non fuori dall'utero
Stadio III		Estensione locale o regionale
	IIIA	Estensione alla sierosa uterina, o alle ovaie
	IIIB	Estensione alla vagina o ai parametri
	IIIC	Estensione ai linfonodi pelvici o lombo-aortici
		IIIC1 Linfonodi pelvici positivi
	IIIC2 Linfonodi lombo-aortici positivi, indipendentemente dai pelvici	
Stadio IV		Estensione alla mucosa vescicale o intestinale o metastasi a distanza
	IV A	Estensione alla mucosa vescicale o intestinale
	IV B	Metastasi a distanza

Classificazione ANATOMO-PATOLOGICA

- Adenocarcinoma **Endometrioide** con varianti:
 - A: differenziazione squamosa
 - A 1: adenocarcinoma con metaplasia squamosa
 - A 2: Carcinoma Adenosquamoso
 - B: Secretivo
 - C: Ciliato
- Adenocarcinoma **Mucinoso**
- Adenocarcinoma **Sieroso Papillifero**
- Adenocarcinoma a **Cellule Chiare**
- **Carcinoma Squamoso**
- Adenocarcinoma **Mucoepidermoide**
- Carcinome di tipo **Misto**
- Carcinoma **Indifferenziato**
- **Carcino-Sarcoma (MMMT)**

PROCEDURE DIAGNOSTICHE PRE-OPERATORIE

- ❑ Courettage frazionato, VABRA, Isteroscopia e altre tecniche di prelievo endometriale (*raccomandata valutazione ed eventuale campionamento endocervicale*)

La biopsia DEVE fornire ISTOTIPO e GRADING

- ❑ Ecografia Pelvica Transvaginale
- ❑ Dosaggio CA 125
- ❑ Isteroscopia di Stadiazione (non obbligatoria)

STADIAZIONE CLINICA della MALATTIA

RX del torace

RMN (con mdc)

Oppure TAC addome completo, superiore ed inferiore

su specifici quesiti clinici:

- CISTOSCOPIA
- RETTOSCOPIA
- COLONSCOPIA
- UROGRAFIA

FATTORI CONDIZIONANTI la PROGRAMMAZIONE TERAPEUTICA

- ETA'
- Indice di massa corporea, BMI
- Comorbilità
- Controindicazioni alla chirurgia

- AGGRESSIVITA' BIOLOGICA DELLA MALATTIA
(Istotipo, infiltrazione miometriale, invasione spazi linfovaskolari, Grading, CA 125)

- Scelta della paziente

**BIOPSIA POSITIVA per
CARCINOMA ENDOMETRIALE**



**STADIAZIONE CLINICO- RADIOLOGICA
VALUTAZIONE OPERABILITA'**



STADIO CLINICO I-II A



**OPZIONE TERAPEUTICHE
CHIRURGICHE**



**STAGING CHIRURGICO
ITA tipo I-II + AB**

STAGING CHIRURGICO LPS
LH tipo I-II + AB
per via vaginale laparoassistita
o totalm. LPS oggi anche roboticamente assistits in pazienti obese

LINFOADENECTOMIA PELVICA nel CARCINOMA ENDOMETRIALE

Opzioni terapeutiche

MAI

Valutare fattori sfavorevoli
Grading, Istotipo
Infiltrazione miometriale



RT adiuvante
Casi sfavorevoli

MA

ECCESSIVO impiego
RT post-Op

TALVOLTA

G3: SEMPRE
Infiltrazione miometriale
> 50 %



RT post-Op
Casi a rischio

ERRORE nel G e M
pre-Op vs post-Op

SEMPRE



RT post-Op
Solo casi N+

Recidive locali
casi N -

STAGING CHIRURGICO LPT o LPS

STADIO I-II A

ESPLORAZIONE ADDOMINO-PELVICA
CITOLOGIA PERITONEALE
ESPLORAZIONE LNF

LNF PELVICA: opzioni

No in basso rischio

G3, qualsiasi inf.
miometrilaee

G1- G2

Istotipi speciali

Valutazione infiltrazione
miometriale

co TV (operatore esp) o RMN

Esame MACRO estemporaneo

Esame MICRO al congelatore

Infiltrazione
< 50%

Infiltrazione
> 50%

Linfoadenectomia
Oggi anche linfonodo sentinella

CARCINOMA ENDOMETRIALE

QUALE ISTERECTOMIA?

RADICALE tipo 1 vs tipo 2

- Valutazione canale cervicale
- Valutazione esocervicale
- Grado istologico
- Istotipo
- Valutazione pre/ intraOp infiltrazione miometriale

INDICATORI di QUALITA'

- Preparazione spazi retroperitoneali
- Linfadenectomia preliminare (sedi)
- Identificazione e spostamento ureteri
- Legatura Arteria Uterina

ILIADE 1
tempo operatorio

	PIVER 1	PIVER 2
LNF si	173'	180'
LNF no	115'	140'

ILIADE 1
Complicanze intraoperatorie

	PIVER 1	PIVER 2
LNF si	3/91	1/90
LNF no	2/151	3/152

STADIO CLINICO II B
(infiltrazione cervicale macro)

LPT : ITA RADICALE tipo II-III
STAGING CHIRURGICO
Linfoadenectomia PELVICA +
selettiva LOMBOAORTICA

STADIO CLINICO III A
(infiltrazione sierosa e/o annessi)

stadiazione come per
K OVAIO
Linfoad. PELVICA e
selettiva LOMBOAORTICA

CT

ISTOTIPI SPECIALI

STADIO CLINICO > III B

Invio a centro Oncologico
di riferimento
Per terapie complesse

CHIR. RADICALE

CT-RT

CT adiuvante

CT palliativa

STADIO CLINICO III C

In assenza di fattori
Prognostici negativi NON
Modifica terapia

G3: CT

M: RT

CARCINOMA ENDOMETRIALE

ALGORITMO di TRATTAMENTO

STADIO CLINICO I

BSOH, no stadiazione chirurgica (LNF sconosciuti)
(Gd, infiltrazione/profondità stimata, tipi cellulari)

“Basso rischio” ~ 75%

OSSERVAZIONE

“ALTO rischio” ~ 25 %

EBRT pelvi
(ma 13% ha LNF P-A +)

Paziente che possono beneficiare di un trattamento RADIO terapico adiuvante

(le condizioni sottoelencate sono necessarie e sufficienti)

Età	≥ 75 aa	≥ 75 aa	≥ 75 aa	< 75 aa	75 aa	< 75 aa
Patologia Concomit.	pres	ass	ass	indiff	indiff	Indiff
Grading	2 - 3	Indiff	indiff	Indiff	indiff	3
Infiltraz. Miom.	2	Indiff	2	Indiff	2	1
Istologia	Indiff	indiff	Indiff	Indiff	Indiff	Indiff
Linfonodi	N +	N +	N - Nx	N +	N - Nx	N - Nx

Legenda: Pres. Presente; Ass. assente; Indiff. Indifferente; N+ presenza di metastasi linfonodali; N- linfonodi non metastatici; Nx dato non disponibile

SIOG 1998

Paziente che possono beneficiare di un trattamento CHEMIO terapeutico adiuvante

(le condizioni sottoelencate sono necessarie e sufficienti)

Età	≥ 75 aa	≥ 75 aa	≥ 75 aa	< 75 aa	< 75 aa	< 75 aa
Patologia Concomit.	pres	ass	ass	indiff	indiff	Indiff
Grading	2 - 3	Indiff	indiff	Indiff	indiff	3
Infiltraz. Miom.	2	Indiff	indiff	Indiff	2	1
Istologia	spec	spec	spec	spec	spec	spec
Linfonodi	N +	N +	N – Nx	N +	N – Nx	N - Nx

Legenda: Pres. Presente; Ass. assente; Indiff. Indifferente; N+ presenza di metastasi linfonodali; N- linfonodi non metastatici; Nx dato non disponibile; Speciali istotipi diversi dall'endometrioide

SIOG 1998

**Pazienti che possono essere indirizzate a protocolli di follow-up
dopo intervento per adenocarcinoma pT1 – pT2A**

❑ Intervento Chirurgico ADEGUATO – Stadiazione ADEGUATA –
Linfoadenectomia formale e linfonodi NEGATIVI:

QUALSIASI GRADING ED INFILTRAZIONE MIOMETRIALE

❑ LINFONODI NON ESAMINATI O CAMPIONAMENTO
INSUFFICIENTE

GRADO 1- 2: INFILTRAZIONE MIOMETRIALE SSENTE

GRADO 1- 2: INFILTRAZIONE MIOMETRIALE < 50%

**Pazienti che possono essere indirizzate ad un
trattamento adiuvante radioterapico
per adenocarcinoma pT1 – pT2A**

- LINFONODI POSITIVI
- LINFONODI NON NOTI – INFILTRAZIONE STROMALE > 50%
- LINFONODI NON NOTI – GRADO 3
- INVASIONE SPAZI LINFOVASCOLARI – GRADO 3

FOLLOW UP CARCINOMA ENDOMETRIALE

BASSO RISCHIO	I ANNO	II ANNO	III ANNO e OLTRE
Visita gin vagino-rettale	4 mesi	6 mesi	annuale
Pap - test	12 mesi	12 mesi	annuale

ALTO RISCHIO	I ANNO	II ANNO	III ANNO e OLTRE
CA 125 (se valori pre-op >40 UI)	6 mesi	12 mesi	Annuale
Rx torace (se istotipi speciali)	12 mesi	12 mesi	Non necessaria
Eco Addome/Plevi	6° mese	18° mese	Annuale interv. TAC/RMN
TAC/RMN	12° mese	24° mese	Annuale interv. ECO

Conclusioni

1. Indicazione chirurgica di default nel I e II stadio
2. Linfadenectomia NO nei basso rischio
3. Attenta valutazione del grading e della infiltrazione miometriale
4. Sforzo chirurgico non oltre PIVER II
5. Si osserva minor incidenza per k endometrio rispetto al passato ma aumento istotipi speciali
6. Considerare sempre in multidisciplinare elettivo per “quella” paziente che deve prevedere anche eventuale trattamento ipertensione, obesità, diabete.. Anche questo fa parte della cura e ne aumenta la sopravvivenza